FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 **THÈSE** N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Emile GHEORGHIU

Né à Jassy (Roumanie), le 3 Mai 1881

RECHERCHES CRITIQUES SUR LA MORT APPARENTE

Président : M. CHAUFFARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET Cie, Éditeurs

15 — Rue Racine (VIe) — 15

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

ET A MON ONCLE

MONSIEUR A. A. BADAREU

Sénateur, ancien ministre

A MON PARRAIN

MONSIEUR EMILE COSTINESCO

Député, ancien ministre

A MES AMIS :

MESSIEURS M. BARBIER,

LÉON BABONNEIX ET GONTRAND LÉO

Chef de clinique

et anciens chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Professeur à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Cochin
Membre de l'Académie de médecine

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MES MAITRES :

PAUL BERGER ET PAUL POIRIER

Professeurs à la Faculté de médecine de Paris

Je remercie mon premier maître, le professeur E. GAUCHER, qui a bien voulu, dès les débuts de mes études, m'accorder sa protection ; mes maîtres : M. H. VAQUEZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et M. EMILE SERGENT, médecin de l'hôpital de la Charité, qui ont bien voulu m'enseigner la pathologie interne.

Je ne saurais pas comment exprimer ma gratitude envers mes maîtres, M. LUCIEN PICQUÉ, chirurgien de l'hôpital Lariboisière et chirurgien des asiles de la Seine, et M. GEORGES MARION, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, auprès desquels, comme externe des hôpitaux, j'ai appris la technique chirurgicale. Mon maître LUCIEN PICQUÉ, au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne, m'a donné l'occasion d'étudier, à côté de lui, la chirurgie des Aliénés, dont il est le créateur.

A MES MAITRES :

MONSIEUR R. GRÉGOIRE

Professeur agrégé d'anatomie. — Chirurgien des hôpitaux.

MONSIEUR M. GUIBÉ

Chirurgien des hôpitaux

MONSIEUR P. THIERRY

Professeur agrégé d'anatomie. — Chirurgien de l'hôpital Tenon.

Il me reste à remercier, en dernier, M. le Professeur agrégé G. ROUSSY, et M. P. AMEUILLE, préparateur à la Faculté de médecine, laboratoire d'anatomie pathologique, qui m'ont donné des précieux conseils pour l'exécution de ce travail.

INTRODUCTION

Parmi les modes de preuves dont se servait l'ancienne scolastique, il en était une basée sur le *consensus omnium,* l'unanimité des avis sur un sujet donné. Si la logique admettait ce genre de démonstration, rien ne serait mieux prouvé que la réalité de la mort apparente et de l'inhumation prématurée, comme conséquence. Car il est peu de points sur lesquels l'accord soit plus complet. La littéraure d'imagination de tous les pays, fourmille de récits fantastiques où « l'enterré vivant » joue un rôle de premier plan. « Si dans une réunion un peu nombreuse, ce sujet macabre est abordé au cours de la conversation, on ne trouvera guère de sceptique disposé à critiquer les exemples indiscutables qui seront fournis de toute part. En s'efforçant de combattre cette croyance universellement répandue, en essayant même de reléguer parmi les légendes les récits sur lesquels elle repose, on risque fort d'avoir contre soi, le monde tout court d'abord, puis le monde littéraire et peut-être une part du monde

médical. C'est néanmoins ce que nous allons nous effercer de faire avec d'autant plus de désir de réussir, que la légende, si légende il y a, n'est pas tout à fait inoffensive.

La mort est un des objets principaux des préoccupations humaines. Au fur et à mesure qu'il avance en âge et peut estimer raisonnablement qu'il se rapproche du terme fatal, l'homme est davantage assailli par la crainte angoissée de cette fin.

« L'homme (1) comme tous les animaux supérieurs, est soumis à la loi de la léthalité. Mais tandis que ceux-ci n'ont pas la notion de la mort et ne sont point tourmentés par le sentiment de leur fin inévitable, l'homme connaît et comprend cette fatalité Il a, comme eux, l'instinct de la conservation, l'instinct de la vie et en même temps la connaissance et la peur de la mort. Cette contradiction, cette désharmonie est une des sources de ses maux.

Néanmoins un sujet qui mène une vie active, une vie normale, dans laquelle les spéculations de la pensée tiennent peu de place, perd facilement de vue la fin inévitable de sa vie, et en arrive à agir comme s'il devait vivre toujours. Il faut, pour lui rappeler la loi de la mort, soit un exemple proche, soit une maladie assez sérieuse pour que lui-même en vienne à craindre pour ses forces. Les esprits « contemplatifs » sont plus occupés de la pensée de leur mort, soit

(1) Dastre. Sur « *La vie et la mort* », Paris 1911.

qu'elle leur serve de thème à amplifications littéraires et poétiques, soit qu'elle fasse partie d'une série de préoccupations religieuses. Tant que rien d'anormal ne se glisse dans leur psychologie, un tel sujet de méditations ne modifie pas d'une façon frappante leur façon d'agir, mais il peut chez certains sujets légèrement déséquilibrés, entraîner à des actes au moins singuliers. Mead rapporte, par exemple, le cas d'un savant académicien dont il tait le nom et qui fut saisi tout à coup par la pensée de la mort inévitable. Il eut alors le bizarre désir (suivi aussitôt de réalisation), de faire sonner son glas à l'église voisine, pour l'entendre lui-même avant de rendre l'âme. Ce n'est là qu'une fantaisie originale, mais on citerait sans peine des faits d'une singularité plus accentuée encore.

Chez d'autres sujets, psychopathes avérés, neurasthéniques, psychosthéniques et autres, la pensé de la mort se double de crainte et de crainte angoissée, fréquente, répétée, parfois sujet exclusif de leurs préoccupations, leur rendant impossible toute vie active, tout effort intellectuel étranger à ce qui regarde l'habituel sujet de leurs méditations C'est avec justice qu'on a classé ce phénomène mental parmi les *phobies* et qu'on l'a dénommé *nécrophobie*.

Mais dans cet ordre d'idées la *nécrophobie* n'est pas isolée. Il existe une phobie voisine, que nous laisserons à d'autres le soin de dénommer et dans laquelle le psychopathe envisage la mort par un de ses petits côtés si l'on peut dire. Les images terrifiantes de

sujets inhumés avant leur décès réel, par suite d'une erreur épouvantable, prennent dans son esprit une importance capitale ; il les voit dans tous leurs détails telles que les précisent les contes d'Edgard Poë et de tant d'autres, telles que les représentent même des peintures qui ne sont pas tout à fait des images *d'Epinal*. Il se remémore sans cesse les erreurs médicales plus graves encore que des erreurs judiciaires qui ont envoyé à la tombe des malheureux destinés à se réveiller dans le cercueil. Comment douter de la réalité de pareils faits ; les journaux en rapportent toutes les semaines ; des exemples il n'est personne qui n'ait sur ce point une histoire à rapporter, et l'on trouve peu de famille dans les traditions de laquelle ne se rencontre un événement de ce genre, pieusement perpétué par la transmission d'une génération à l'autre et déformé un peu d'ailleurs à chaque passage. Il en doute d'autant moins, le malheureux, qu'il est de l'espèce de ceux qui ne doutent guère, que la vérité se révéle à lui sous forme de rêves, de signes précurseurs, de présages d'autant moins discutés qu'ils seraient plus discutables.

De là ces dispositions testamentaires si curieuses ; cautérisations, piqûres à pratiquer sur un cadavre pour s'assurer que toute vie est bien éteinte ; obligation pour ses survivants de conserver sa dépouille et de surveiller le début de sa putréfaction aussi longtemps qu'il est permis par la loi ; par revérence pour des morts illustres, nous en passons bien d'autres.

Comme le nombre de ceux qui redoutent d'être enterrés vivants est aussi grand que celui des gens qui croient aux maléfices de certains nombres et de certains jours de la semaine, que d'autre part leurs craintes portant sur un sujet plus important ont plus de chances d'être efficaces, ils se groupent, ils créent des obitoires collectifs, où l'on conservera leur dépouille avant l'inhumation définitive, sous une surveillance prolongée. Ils trouvent des porte-parole dans les assemblées politiques et font accepter sans peine leur copie par la grande presse. Enfin ils créent autour de leurs craintes une agitation perpétuelle qui n'est pas peu propre à répandre la contagion.

L'expérience des psychiatres, nous montre que la psychothérapie peut s'adresser aux phobiques. Par conséquent, il est du domaine de la médecine de s'adresser à ces *malades* et de chercher à calmer leurs angoisses. C'est même pour les médecins un devoir que de lutter contre le mal, car ils ne sont pas tout à fait innocents de son développement. « Cette légende de la mort apparente, c'est un peu notre faute, à nous médecins, si elle a pris une telle extension, car nous ne l'avons pas assez combattue. Il est possible que dans les inhumations précipitées qui suivent une bataille sanglante ou bien au cours des épidémies meurtrières d'autrefois on ait pu, dans la terreur de la contagion inhumer des sujets en état de mort apparente. Mais que, dans notre socéité instruite, en dépit des garanties que donne la surveillance de la famille et des médecins, on puisse enterrer et surtout autopsier un sujet

avant sa mort, cela est impossible, et, du reste, il n'en existe pas un seul exemple (1). »

Combattre la légende de la mort apparente, c'est un devoir de conscience médicale, et dans ce but nous allons appliquer les principes scientifiques ; *examiner avant de croire ; être exigeant en fait de preuves, n'attacher la certitude qu'à l'évidence* ; pour éviter ces méprises et les conséquences d'une vulgarisation naturelle des faits de ce genre.

Guidés par les ouvrages classiques, citons les observations connues et qui ont contribué à cimenter l'idée de l'enterré ou de l'autopsié vivant ; faisant appel à l'expérience savante des maîtres et à la clinique, et n'oubliant pas que les anatomopathologistes sont ceux qui peuvent nous renseigner le mieux sur le degré de certitude des erreurs qui ont pu être commises à propos de la mort, nous avons entrepris ce travail qui n'est pas seulement destiné à combattre une erreur trop répandue, mais s'efforcera de fournir quelques bases de discussion à ceux qui auront à combattre la phobie de l'inhumation prématurée.

(1) *Gustave Roussy* et *P. Ameuille.* Technique des autopsies et des recherches anatomopathologiques, Paris, 1910, p. 19.

CHAPITRE PREMIER

LES SIGNES DE LA MORT

Dans la plupart des cas, la mort ne survenant pas de façon inopinée, le malade est suivi assez longuement par son entourage qui le « voit mourir ». On ne saurait trop insister sur ce fait que ceux qui entourent le malade ont, sans besoin d'études spéciales, la perception très nette de sa déchéance progressive ; chaque fois que la mort n'est pas soudaine, ils suivent étape par étape l'approche de la fin. Avant la mort même se place une période courte ou longue, aussi connue du public que des médecins : l'*agonie*. Pendant cette période le pronostic est fait, chacun sait que le sujet va mourir, que ce n'est plus qu'une question d'heures ou de minutes. « On prend toutes les précautions en vue de la mort prochaine, et si la famille fait appel au concours médical à ce moment, c'est plus pour garder le decorum, pour pouvoir se rendre à soi-même le témoignage qu'elle a soigné et fait soigner son malade jusqu'au bout, que pour obtenir de lui le diagnostic de la mort, qu'elle se sent bien capable de faire toute seule.

Au bout d'une certaine période de coma plus ou moins complet, avec respiration plus ou moins stertoreuse, etc., la respiration s'arrête, quelquefois sur un mouvement inspiratoire plus prononcé, ou bien en plusieurs temps (*le dernier soupir*). Le cœur bat encore quelques secondes, et s'arrête aussi, soit nettement, soit également après plusieurs intermittences. Immédiatement les muscles se relâchent, les *traits s'affaissent*, la *face devient exangue*, les phénomènes cadavériques commencent à apparaître dans leur ordre habituel. L'aspect cadavéreux du sujet est complet, et il y a là un ensemble si caractéristique que les moins expérimentés dans la matière ne s'y trompent pas.

La famille, lorsque le malade meurt dans sa famille, le personnel de service (au moins une surveillante), dans les hôpitaux posent donc le diagnostic de mort. En raison de campagnes successives dues à l'action des phobiques de la mort apparente, la loi et les règlements exigent l'intervention médicale pour cette constatation. Dans les cas de mort lente que nous venons d'indiquer, l'utilité de cette intervention est peu considérable ; en pratique, ce contrôle ne peut rendre des services que dans les cas où l'entourage du mort est incapable, en raison de son état mental, de reconnaître si la mort est réelle ou non. Dans les cas aussi où l'entourage aurait intérêt à faire passer pour morte une personne qui ne le serait pas, le contrôle interviendrait également ; mais on voudra bien admettre qu'un magistrat enquêteur (du genre de *coroner*, par exemple), pourrait aussi bien intervenir qu'un médecin, quitte à

faire appel aux lumières de ce dernier dans les cas difficiles.

On nous objectera en effet, que la mort ne se présente pas toujours dans des conditions aussi simples : il y a les morts subites, et il y a les morts de cause inconnue, celles des sujets que l'on découvre mort par hasard, parce que leurs derniers moments se sont déroulés sans assistance d'aucune sorte. Ce sont précisément ces cas dans lesquels la constatation de la mort est entourée du maximum de garanties.

Qu'on se représente le drame que constitue dans une famille la mort inopinée d'un de ses membres. Au moment où elle se produit, c'est la stupeur et le désarroi le plus profond, personne ne peut y croire et longtemps après que tout phénomène vital est éteint, l'on s'acharne encore sur le cadavre pour tâcher de le rappeler à la vie. On ne veut pas le croire mort, presque sans exception on fait appel au médecin, et c'est lui qui vient dire que toute tentative pour rappeler la vie est superflue. La période d'agonie qui précède la mort et qui est si importante pour son diagnostic ne manque d'ailleurs jamais dans ces cas. La mort subite n'est jamais instantanée. Entre la vie normale et la mort il se place toujours une période de plusieurs secondes au moins, pendant lesquelles le sujet présente encore des phénomènes vitaux s'atténuant de plus en plus et pendant laquelle ceux qui l'entourent peuvent le voir mourir. Il n'est pas de maladie qui fasse passer sans transition celui qu'elle frappe de la vie à la mort. La phase agonique, courte ou longue,

ne manque jamais, mais elle echappe quelquefois à l'observation, parceque le sujet est trouvé mort par hasard.

Dans ces cas il s'agit de sujets vivant seuls, de vagabonds, ou bien de personnes mortes pendant la nuit ou pendant une absence accidentelle de surveillance, sans que leur agonie ait été assez bruyante pour appeler l'attention. Ces cas sont les mieux contrôlés de tous parce qu'ils suscitent pour la plupart une intervention de la police et toujours un examen médical qui, en raison ne la singularité des circonstances, se trouve particulièrement approfondi.

C'est ainsi, par exemple, que *S. Icard* (*de Marseille*) (1) eut l'occasion de constater par un examen sérieux qu'une femme vivant isolée dans un hôtel de Marseille avait été un peu trop rapidement considérée comme morte par le personnel de l'hôtel alors que l'auscultation démontrait à son oreille exercée que le cœur battait encore et qu'il peut percevoir le pouls. Ce qui montre évidemment que dans les cas de mort suspecte comme celle-là l'attention du médecin appelé par l'autorité administrative à s'assurer du décès est suffisante pour lui éviter une erreur, dans laquelle pourront tomber des personnes qui n'auront pas les mêmes raisons professionnelles d'examiner sérieusemen le sujet.

Donc, l'individu qui meurt après une longue agonie, ou bien soudainement, ou bien sans surveillance, n'est, dans les circonstances habituelles, proclamé mort qu'à bon escient. Tantôt un examen sérieux est venu mon-

(1) *Presse médicale*, 17 août 1904, nº 66.

trer la suppression de toutes les fonctions qui sont les caractéristiques de la vie ; c'est-à-dire, les mouvements respiratoires, les battements cardiaques, appréciés par la palpation du pouls et l'auscultation du cœur.

Si l'on hésite aussi peu dans tous ces cas à déclarer que la mort est réelle, c'est donc que l'ensemble des apparences que présente la mort est très caractéristique. Néanmoins le public hésite aussi peu à croire à la possibilité de l'inhumation prématurée qu'à se prononcer sur la réalité de la mort dans un cas donné.

Quelle est donc l'origine de cette croyance en la possibilité d'apparences de mort qui trompent tout le monde et durant assez longtemps pour conduire à l'inhumation, ou à l'autopsie d'un vivant?

Il est bien probable qu'elle repose d'abord sur la réalité, sur des faits vraiment authentiques. Non pas que nous acceptons la possibilité de tels événements dans l'état actuel de notre civilisation et au milieu des circonstances présentes, mais il paraît certain qu'autrefois et dans des cas très précis, on pu on a du enterrer des vivants,

Il y à quelques centaines d'années, le monde occidental était périodiquement mis en coupe, si l'on peut dire, par des agents de mortalité collective d'une grande puissance, qu'on appelait des fléaux. C'étaient les épidémies (la peste), les guerres et les grandes famines. Au cours des épidémies terribles dont l'histoire nous a conservé le souvenir et qui détruisaient en quelques mois la population de villes entières, le nombre des morts était si grand, la terreur de la conta-

gion parmi les survivants si prononcée, que les inhumations étaient pratiquées — quand elles l'étaient — par des individus peu soucieux d'apporter une grande minutie dans l'exercice de leurs fonctions (c'étaient à plusieurs reprises des forçats graciés pour la circonstance). D'ailleurs le temps leur manquait pour celà; aussi est-il possible que bien souvent, ils ont dû jeter dans la fosse commune ou sur le bûcher commun des sujets qui n'étaient pas encore tout à fait morts. Les choses ont dû se passer de la même façon à la suite des grandes batailles qui laissaient sur le champ des dizaines de milliers de morts.

N'en faisons d'ailleurs pas trop de reproches à nos ancêtres; rien ne prouve qu'il ne s'en passe pas autant maintenant dans la zone de Mandchourie, atteinte par la peste, au cours des grandes famines hindoues, et que sur les champs de bataille des dernières grandes guerres on n'a pas enterré quelques malheureux qui n'étaient pas encore morts.

Mais à côté de faits vrais qui ne sont que trop explicables, et dont le retour nous paraît aussi inévitable que celui des fléaux qui leur ont permis de se produire, il en est d'autres qui ne sont que des erreurs d'interprétation ou des exagérations. Contractures musculaires post mortem, chez les cholériques, phénomènes cadavériques pris pour des phénomènes vitaux, telle par exemple l'expulsion d'un fœtus sous la poussée des gaz de fermentation intraabdominale, chez une femme enceinte, inhumée puis exhumée en cours de putréfaction. Ce que de tels faits peuvent devenir, rap-

portés par des personnes nerveuses ou à imagination vive, on le conçoit facilement ; ce qu'ils deviennent par la transmission de bouche en bouche, par la tradition est tout simplement fantastique.

Enfin, après avoir fait la part du vrai et de l'exagération dans la génèse de la croyance, à la mort apparente, mentionnons la possibilité d'histoires créées de de toutes pièces. Imaginations de mythomanes, ou hallucinations mystiques ; inventions macabres de mauvais plaisants ; récits romanesques, forgés sous la pression de la nécessité par un aventurier dans l'embarras ; ontrouve tout cela et sans peine dans le dossier des enterrés vivants.

On comprend que la légende se soit créée ; on comprend encore plus facilement aussi que, les circonstances aidant, certains prédisposés psychosthéniques devien nent phobiques de l'inhumation prématurée.

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que les esprits les plus pondérés, les observateurs les plus soigneux, après avoir constaté l'inanité des bases de cette croyance et la fausseté évidente de tous les récits connus de mort apparente et d'inhumation prématurée, se gardent en général de conclure en disant : Il n'y a là qu'une légende ; l'inhumation prématurée n'existe pas, les risques d'inhumation prématurés son nuls. Leurs conclusions sont timides ; ils croient malgré tout que de tels faits ont pu se produire, se produisent encore, sans en avoir jamais vu, ni entendu raconter par des personnes dignes de foi.

Chose non moins singulière, ils ont beau savoir que l'arrêt de la respiration, la disparition des bruits du cœur pendant un temps assez prolongé, l'aspect cadavérique sont un ensemble qui ne peut tromper, parce qu'il n'est pas compatible avec une survivance même très réduite, cet ensemble ne leur suffit pas, cette évidence n'est pas encore assez évidente, il leur faut un supplément de preuves, un contrôle du contrôle. Un tel souci se comprendrait si les signes de la mort avaient jamais failli, mais au contraire à ces signes si fidèles on prétend en substituer d'autres de la fidélité desquels on n'est guère assuré.

Nous n'entrons pas dans le détail de ces signes de certitude de la mort, signes dont on voit tous les cinq ans apparaître une floraison à l'occasion de la distribution du prix *Dusgate* (1). (Académie des sciences). Chacun pris isolément se trouverait dit-on absolument fidèle. Le résultat est toujours différent suivant qu'on s'adresse à un vivant ou à un mort ; et pour le démontrer on a fait l'épreuve plus ou moins souvent (suivant que l'observateur est plus ou moins consciencieux), tantôt sur des vivants, tantôt sur des morts.

Malheureusement, cela ne démontre rien : les vivants sur lesquels l'épreuve a donné le signe de la vie étaient bien vivants *parce qu'ils respiraient et qu'on entendait leur cœur battre* ; les morts étaient bien morts, parce qu'ils n'avaient plus de mouvements res-

(1) Un prix quinquennal sera décerné, s'il y a lieu, en 1915, à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

piratoires, parce qu'on n'entendait plus rien à l'auscultation de leur région précordiale, et sur eux l'épreuve donnait le signe de la mort. Mais ce n'est pas pour ces cas-là qu'on réclame des signes de certitude. Il paraît qu'il existerait aux frontières de la vie et de la mort des états dans lesquels les mouvements respiratoires n'existent plus, dans lesquels on n'entend rien à l'auscultation du cœur, pendant une période prolongée, prolongée suffisamment pour aller jusqu'à l'autopsie ou l'inhumation. Les sujets placés en cet état ne paraissent pas vivants au regard de ceux qui se contentent des signes fournis par l'observation grossière; et pourtant, ils ne sont pas morts, puisqu'ils se réveilleront, affirme-t-on, sur leur lit funèbre, ou dans le cercueil, ou dans la tombe. C'est sur ces cas-là qu'il faut expérimenter les nouveaux signes, ceux qui doivent suppléer à l'observation routinière défaillante. Et c'est précisément les seuls sur lesquels cela n'ait pas été fait.

Qu'on n'en fasse pas reproche aux promoteurs des « signes de certitude » de la mort. Ils seraient bien embarrassés pour procéder à l'expérience des sujets placés en l'état que nous décrivons, parce que cet état existe peut-être dans quelques imaginations, mais pas dans la réalité. Un sujet qui a cessé de respirer, et d'avoir des pulsations cardiaques au delà des quelques minutes qui sont la durée extrême d'une *syncope*, n'a plus des tissus dans un état compatible avec la vie : l'autolyse cellulaire si précoce les a en grande partie rendus inaptes à la reprise de leurs fonctions :

il n'est pas en état de mort apparente; il est bien mort. Et si quelques sujets ont paru revenir à la vie à la suite d'une cessation très prolongée des fonctions respiratoire et circulatoire, (ce que rien ne prouve comme nous verrons ultérieurement), c'est simplement parce que *l'on a commis une erreur grossière sur la cessation de ces fonctions.*

Mais puisque l'erreur paraît possible (bien qu'elle ne semble guère s'être produite), on pourrait utiliser ces signes comme une garantie contre l'inattention, contre l'insuffisance de ceux qui doivent constater le décès. Telle est du moins l'opinion de différents inventeurs des « signes de certitude ». Soutenir un avis semblable est presque une naïveté. Car si celui qui constate le décès est assez négligent pour ne pas prêter une attention suffisante aux gros signes, aux signes capitaux, simples à constater, comment espérer qu'il ira rechercher un signe surajouté, nécessitant une manœuvre supplémentaire, même si une nouvelle disposition légale vient l'y obliger.

Nous allons chercher à montrer que les signes habituels de la mort n'ont jamais failli chaque fois qu'ils ont été recherchés, en nous basant sur la critique des observations de mort apparente connues et sur l'opinion autorisée de ceux qui ont à constater un grand nombre de décès. Heureux sommes-nous d'aboutir à ce résultat, car s'il était montré que ces signes sont quelquefois insuffisants, nous nous trouverions dans l'incapacité de les suppléer de façon sûre.

CHAPITRE II

LA CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Nous n'avons jamais eu occasion d'observer de mort apparente ou prétendue telle. Nous croyons sincèrement que bien d'autres médecins se trouvent dans le même cas que nous. Aussi pour nous édifier sur ce sujet, avons-nous dû recourir aux observations connues jusqu'à présent.

Un premier fait nous a frappé au cours de nos recherches : sur un sujet médical quelconque, on a coutume de trouver sa documentation bibliographique dans les revues techniques ; tandis qu'à propos des inhumations prématurées on doit chercher la majeure partie des renseignements dans les faits divers de journaux. Le mode de constatation s'en ressent, car les faits sont loin d'être rapportés avec la précision et la rigueur de constatation que nous sommes habitués à exiger de la moindre observation scientifique.

Parmi les observations, nous en trouvons un très grand nombre, dont le principal défaut est d'être très

anciennes et d'allure par trop légendaire. La plus célèbre de toutes remonte à *Vésale* ; au temps où il vivait à la cour d'Espagne, le grand anatomiste sauva, grâce à ses soins, la vie d'un gentilhomme. Celui-ci, en reconnaissance, lui fit, par testament, don de son corps, pour en faire, une fois mort, tel usage qu'il lui plairait. *Vésale* le disséqua après sa mort, et le bruit courut que pendant l'autopsie le cœur battait. Accusé d'homicide, traduit en justice, *Vésale* fut condamné à mort, peine commuée par le roi en exil à Jérusalem.

Morejon, compatriote de *Vésale*, en faisant l'histoire de sa vie, démontre avec preuves à l'appui que ce bruit complètement dénué de fondement fut répandu par des courtisans ennemis de l'anatomiste et jaloux de la faveur dont il jouissait auprès du roi. Quant à son voyage à Jérusalem, il fut motivé seulement par le mauvais état de sa santé.

Autre fait : *Philippe Peu* était sur le point de pratiquer une césarienne *post mortem* sur une femme qui remua au premier coup de bistouri. *Philippe Peu* se rendit compte que la femme n'était pas morte et ne fit pas l'opération.

Autre fait encore : l'abbé *Prévost*, l'auteur de *Manon Lescaut*, aurait trouvé une fin atroce dans les tourments d'un autopsie prématurée. Dans la famille *Didot*, alliée à celle de *Prévost*, on sait très bien, dit *Bouchut*, que l'abbé romancier est mort d'apoplexie et n'a jamais été autopsié.

Si l'on voulait citer tous les cas de ce genre on n'en

finirait plus. Du reste, *Bouchut* (1), dans son travail a réuni tous ces cas historiques et dit avec raison : « Aucune de ces versions n'est exacte et il serait historiquement impossible d'en prouver la vérité ».

Cependant il est possible, il est même probable qu'autrefois l'inhumation prématurée a dû exister, comme elle existerait aujourd'hui du reste, si de pareilles circonstances venaient à se reproduire ; nous faisons allusion à ce qui se passait à la suite des grandes batailles et au cours des grandes épidémies. Sur les champ de bataille on a dû parfois inhumer dans des fosses communes ou brûler sur les bûches d'incinération des vivants plongés dans le coma et perdus dans des monceaux de cadavres ; au cours des grandes épidémies dévastatrices, où les soins donnés aux malades étaient nuls, vu le nombre de sujets frappés, l'inhumation, sommaire du reste, était faite en hâte par les grossiers *monatti* dont *Mazoni* nous a laissé une description saisissante dans son roman des « *Fiancés* ». Nul doute que de pareils fossoyeurs, pressés et peu embarrassés de scrupule, n'aient enseveli des sujets dont la mort n'était pas certaine. Ce que nous pouvons savoir des batailles et des épidémies contemporaines ne nous permet pas d'affirmer que de tels faits ne peuvent se reproduire. Mais cela ne s'explique que trop, du fait du grand nombre de morts et des conditions déplorables au milieu desquelles ils sont inhu-

(1) *Bouchut.* Les signes de la mort et les moyens de prévenir les inhumations prématurées. Troisième édition. Paris, 1883.

més. En revanche, il nous semble plus difficile de trouver dans la période contemporaine une observation de sujet dont le décès, survenu dans un milieu normal (1), ait été seulement apparent et ait conduit à l'inhumation prématurée.

Cependant il n'est pas très difficile de trouver dans des publications diverses, et de temps à autre, comme nous disions, dans les journaux quotidiens en particulier, des faits d'inhumation prématurée, ou tout au moins de mort apparente crue réelle au point de susciter les préparatifs de l'inhumation. A première vue on constate qu'une partie de ces faits sont incontrolables : ce sont des récits de seconde main, et nous n'avons pour garantie de la bonne foi de ceux qui les ont contés, que l'affirmation des auteurs qui les rapportent d'après eux ; ou bien ce sont des faits qui se sont passés dans des circonstances telles, qu'on ne peut absolument tenter aucune vérification. Nous citerons plus tard quelques faits de ce genre, mais nous

(1) Cela nous permet d'éliminer des observations du genre de la suivante ; A *Kébili*, tout récemment, le nommé *Hamandu* chercha à étrangler son coreligionnaire *Solidar* pour lui voler trente-six sous. Le croyant mort, il l'ensevelit dans le sable pour cacher son méfait ; au bout de quelques heures, la victime qui était seulement évanouie, reprit ses sens ; elle réussit à soulever le sable et à sortir de son *tombeau* (?) pour porter plainte aux autorités. » Nous trouvons ce récit au milieu d'une série d'observations d'inhumation prématurée. Nous ne croyons pas que « le nommé Hamandu » se soit donné beaucoup de peine pour vérifier le décès de sa victime, ni qu'en la cachant dans le sable il ait entendu véritablement l'inhumer.

commencerons par les observations sur lesquelles nous avons pu tenter une espèce de contrôle.

Nous parlerons avant tout de la fameuse observation du cardinal *Donnet* qu'on trouve rapportée partout et à laquelle les circonstances dans lesquelles elle fut livrée au public, semblent donner toutes les garanties d'authenticité. En effet, le cardinal *Donnet* lui-même la faisait connaître à la tribune du Sénat, en 1866, dans les termes suivants, telle qu'on la trouve au compte rendu officiel :

« En 1826, un jeune prêtre, au milieu d'une cathédrale pleine d'auditeurs, s'affaisse subitement dans la chaire d'où il faisait entendre sa parole. Un médecin déclare la mort constante et fait dresser le permis d'inhumer pour lelendemain. L'évêque de la cathédrale où l'événement était arrivé, récitait déjà le « De Profundis ». Au pied du lit funèbre, on avait pris les dimensions du cercueil. La nuit approchait et l'on comprend *les angoisses du jeune prêtre, dont l'oreille saisissait le bruit de tous les préparatifs*. Enfin il entend la voix d'un de ses amis d'enfance et cette voix, provoquant chez lui un effort surhumain, amène un résultat merveilleux.

Le lendemain il pouvait remonter dans sa chaire !

Il est aujourd'hui au milieu de vous (*sensation*), vous priant de demander aux dépositaires du pouvoir, non seulement que les prescriptions légales soient observées, mais encore d'en formuler de nouvelles pour prévenir les malheurs trop fréquents et d'une nature irréparable ! » Le cardinal Donnet est mort en 1882, à l'âge de 87 ans.

Le professeur *Morache* (1), de Bordeaux, admet que la mort apparente était due dans ce cas, soit à la chaleur, soit à quelque inhibition d'ordre émotif. *Brouardel* (2) se rattache à une opinion analogue, et en général tous ceux qui rapportent le fait, si sceptiques soient-ils en matière de mort apparente sont un peu embarrassés par celui-là et cependant ne songent pas à le critiquer.

Néanmoins, malgré les circonstances imposantes au milieu desquelles le fait a été connu, on peut enore en discuter la valeur. *Lacassagne* (3) apporte sur ce point un renseignement de grande valeur.

Un médecin distingué, parent rapproché de Mgr Donnet, nous a appris ce qui s'est passé. Le jeune abbé a eu un évanouissement prolongé Cette perte de connaissance a provoqué chez ses parents des inquiétudes qu'ils firent plus tard connaître à son fils. Celui ci les a acceptés pour vraies, *a fini par les croire en les racontant souvent.* Vers la fin de sa vie, le cardinal archevêque de Bordeaux se plaisait à faire venir la conversation sur ce sujet et il narrait alors l'événement dramatique dans les termes a peu près semblables à ceux qu'il avait employés au Sénat. Nous concluons : « L'histoire » ne doit plus être tenue pour véridique. La légende ira rejoindre la plupart des récits macabres qui nous ont été transmis par les inhumations précipitées.

(1) *Morache*. Naissance et mort. Paris, 1904.

(2) *Brouardel*. Mort et Mort subite. Paris, 1895.

(3) *Lacassagne*, de Lyon, p. 308. Précis de médecine légale. Paris, 1909.

Nous ne pouvions demander mieux qu'un pareil fait avec l'appréciation d'un pareil maître aussi autorisé. Néanmoins, nous avons fait nous aussi une tentative de contrôle. A une démarche que nous avons faite auprès de M. l'Archiviste du diocèse de Bordeaux, nous avons reçu la réponse suivante :

Archevêché
de Bordeaux.

. . . . . .

Maintes fois j'ai été interrogé au sujet de ce fameux sommeil léthargique. Toujours il me faut répondre : nos archives diocésaines ne possèdent aucune preuve de cet événement...

Signé : L'archiviste du diocèse de Bordeaux.

De cette célèbre mort apparente, il n'est rien reste : pas un document, pas une trace dans les archives, rien qu'un discours prononcé à une tribune parlementaire.

S'il a jamais été vrai que nous prenons facilement nos désirs pour des preuves et nos rêves pour la réalité, cela l'a été surtout pour le cardinal Donnet qui, d'après *Brouardel* (1), voyait la mort apparente partout. Le bon cardinal, en plus de l'histoire précédente, se plaisait à raconter sur la fin de sa vie, qu'il avait lui-même sauvé deux jeunes filles en état de mort apparente.

Si des faits qui paraissent présenter de telles garanties d'authenticité se trouvent, à l'examen, aussi dé-

(1) *Brouardel*. La mort et la mort subite. Paris 1895.

nués de preuves, on voit avec quelle réserve il faudra accueillir ceux qui ne nous sont connus que par l'intermédiaire de la presse quotidienne. Brouardel a dit déjà : « Toutes les fois que l'on fait une enquête ou que l'on écrit aux autorités de la localité indiquée par le journal, on trouve le prétendu mort vivant et les autorités vous répondent qu'elles ne connaissent pas le cas dont vous leur parlez. » Répondant à une circulaire que nous lui avions adressée à ce propos, le professeur *Schmorl* (de Dresde) nous écrit qu'un de ses élèves s'occupe depuis plusieurs années de vérifier personnellement tous les faits de mort apparente qui lui sont signalés par les quotidiens Chaque fois qu'un cas de ce genre est mentionné, il se rend sur place et se livre à une enquête approfondie. Il n'a pas encore trouvé un fait où la mort apparente se soit réellement produite. L'auteur de ces recherches venant de mourir au moment où nous écrivons ces lignes, leur publication n'a pas été faite, mais nous sommes autorisés par M. *Schmorl* à les mentionner ici.

Nous avons nous-même fait tout récemment une vérification de ce genre. Sous le titre : *Vivante dans le cercueil*, un journal parisien du 26 janvier 1911 publie la nouvelle suivante :

Les articles que l'X.. a publiés sur l'angoissante question des enterrés vivants ont suscité, dans le grand public, la plus légitime émotion. Pourtant, quelques personnes, dont le scepticisme paraît être vraiment incorrigible, ont cru devoir murmurer leur éternel : « A quoi bon ! », en l'accompagnant de

quelques commentaires faciles : « Connaissez-vous quelqu'un qui ait vu, de ses yeux vu, un enterrement prématuré ? C'est toujours en Amérique que surviennent ces histoires macabres d'un mort qui heurte du front les parois de son cercueil ! La légende du caveau mal scellé dont un léthargique s'évade est abandonnée aujourd'hui, même par les fabricants de mélo-drames ! »

A ces propos d'incrédules, la réalité brutale s'est chargée de répondre.

Dans la nuit du 24 janvier, Mme P..., rentière, décédait à Bourges, rue des Baulies, à l'âge de 84 ans. Après les constatations légales, les parents firent à l'état civil la déclaration de décès, et le permis d'inhumer fut régulièrement délivré. La cérémonie devait avoir lieu à Paris, on dut s'occuper du transport et de la mise en bière. M. E..., ferblantier, avait été chargé de préparer un cercueil, quand la prétendue morte ressuscita soudain. Quelques minutes plus tard, elle eût été enfermée à jamais.

Tandis qu'on s'empressait de faire disparaître le funèbre appareil qui entourait Mme P..., celle-ci était transportée dans son lit, avec les plus grandes précautions. Peu à peu, elle reprenait ses sens et bientôt elle commençait à parler.

Or, Mme P... est morte, définitivement morte, pourrait-on dire, hier ; mais près de vingt heures après le moment où elle s'était réveillée dans son cercueil.

Qui dira jamais si le terrible choc moral qu'a dû éprouver cette pauvre vieille femme n'a pas contribué à hâter sa fin ? Qui dira les angoisses atroces qui l'ont peut-être étreinte ?

Qui osera désormais prétendre, après ce fait, qui vient de

se passer, hier, dans une de nos grandes villes de France, que X.. avait eu tort de pousser un cri d'alarme ?

J.-L. D.,.

Le certificat de décès de Mme P... ayant été signé par nn médecin de Bourges, nous nous empressés de lui écrire pour lui demander des renseignements. Il nous a très obligeamment adressé la réponse suivante :

Il n'y a eu à *Bourges* qu'un sinistre canard. La veuve P .., décédée à 83 ans, depuis la veille à 7 heures du soir, fût vue par moi à 11 h. 55.

Elle *sentait*. Elle ne ressuscita donc pas, Le commissaire central qui assista à la mise en bière se boucha le nez.

La mise en bière faite, une compagnie de Pompes funèbres rivale arriva avec un 2e cercueil et ne trouvant pour y loger qu'une deuxième malade en vie, partit en criant à la résurrection ! ?

Nous devons ajouter que les journaux régionaux démentaient la nouvelle le lendemain, mais les journaux parisiens se gardaient bien d'en faire autant, quoique tous l'eussent publiée.

En somme, on voit l'importante place qu'occupe dans les *faits divers* la rubrique des « enterrés vivants ». Il y a là quelque chose de très frappant si l'on songe que dans les trois premiers mois de l'année présente, nous avons pu y trouver trois indications de ce genre, dont une a échappé à notre vérification parce qu'elle était localisée d'une façon très vague en Italie,

aux environs de Rome, et rapportée seulement comme un bruit peu pourvu de fondement (1).

Quant à la troisième que les journaux parisiens ont relaté en trois lignes et qui se déroulait aux environs de *Pau* (2), dans les premiers jours d'avril, elle avait trait, vérification faite, à un sujet que son entourage après avoir cru mort pensèrent n'être qu'en état de mort apparente parce qu'il ne se refroidissait pas assez vite. Un médecin appelé par eux constata que le décès était bien réel.

(1) **Enterrée vivante (?).** — Rome, 8 mars 1911. — *Le Journal*, 9 *mars*. — Il y a quelques jours, une dame de San-Giovanni, âgée de quarante-deux ans, et mère de sept enfants, mourait subitement d'une attaque d'apoplexie.

Le permis d'inhumer fut délivré, et l'enterrement eut lieu hier. Mais au moment de descendre le cercueil dans la fosse, les assistants entendirent tout à coup des bruits dans le cercueil. Effrayés, ils rappelèrent le prêtre qui s'éloignait. On fit ouvrir immédiatement la bière. Malheureusement, il était trop tard ; la victime de cette erreur était décidément morte asphyxiée.

Certains indices et l'attitude du cadavre ont laissé plus d'un spectateur convaincu que la pauvre femme avait vécu dans son cercueil et compris sa mort affreuse. Une enquête est ouverte par les autorités sur cette émouvante erreur.

(2) **Une morte vivante.** — Pau, 8 avril. — Au moment où l'on allait mettre en bière le corps de la dame D..., âgée de quatre-vingts ans, domiciliée au village de Serres-Sainte-Marie, la famille, assemblée, constata avec stupeur que la défunte remuait les mains. On décida de surseoir à l'ensevelissement et l'on déposa le corps sur le lit. Au bout d'un instant, la vieille femme ouvrait les yeux et balbutiait quelques mots. Elle venait de se réveiller d'un sommeil cataleptique tellement profond et présentant avec les signes de la mort réelle une analogie si complète que le médecin de l'état-civil n'avait pas hésité à certifier le décès, qui semblait remonter déjà à la veille.

Il est évident que les esprits pondérés n'attachent pas une très grande importance aux petits faits de cet ordre rapportés dans les journaux, où ils ont plutôt un rôle de remplissage qu'un rôle documentaire ; mais les prédisposés à la phobie de l'inhumation prématurée y trouvent trop facilement une justification de leurs craintes chimériques. C'est pour les psychosthéniques de cette dernière catégorie que *Morache* a écrit les phrases suivantes qui mettent en lumière un côté curieux de la question : « Quant au public qui s'émeut facilement craignant toujours une réalité aussi pénible et qui apprend par la voie des journaux la plupart du temps », il faut qu'il sache que c'est un fait exact que l'on dénature.

Exemple : une femme enceinte est inhumée ; une circonstance judiciaire, si l'on veut, nécessite son exhumation ; la poussée de gaz de putréfaction abdominale a amené une extroversion de la matrice avec issue du fœtus. Le fait est raconté par les personnes de service qui ont concouru à l'exhumation ; immédiatement le bruit se répand, il gagne les journaux : la femme a été enterrée vivante ». C'est à ce propos que nous lisions quelque part la curieuse phrase suivante : « Ainsi la tombe de sa mère avait été en même temps son berceau et son tombeau ».

Mais les journalistes sont loin d'être les seuls coupables : on trouve chaque fois ou des histoires d'enterrés vivants transmises par la tradition ou placées dans des récits et mémoires « documentaires ». Dans ces histoires tout trahit la fantaisie, et l'on se demande si

elles ne sont pas sorties toutes faites, de l'imagination d'*Edgard Poë* ou ..... d'*André de Lorde*. C'est ce caractère imaginatif et romanesque qui frappe à l'examen de ces récits, beaucoup plus que le « cachet d'authenticité » qu'on a bien voulu parfois leur attribuer avec une générosité un peu bien grande. Qu'on en juge par quelques-uns des récits suivants que nous osons à peine rapporter ici, d'abord parce qu'il nous a été impossible de les contrôler comme il l'aurait été à tout autre, et en second lieu précisément à cause de leur allure fantaisiste.

OBSERVATION

Le docteur G..., ex-médecin militaire, raconta, à la suite d'une discussion à la Société des *Etudes psychiques de Marseille*, sur la question des inhumations prématurées, l'observation suivante.

« Je rencontrai il y a quelque vingt ou vingt-cinq ans par hasard, un de mes anciens camarades, nommé F .., revêtu à mon grand étonnement, de la robe de prêtre. Comme je l'interrogeais sur cette transformation, il me raconta ce qui suit :

Enrôlé au moment de la guerre de 1870, comme recrue dans l'artillerie, il fut envoyé en Afrique, tomba malade et entra à l'hôpital du *Dey* avec le diagnostic : fièvre typhoïde.

Le délire était continu. Un jour *il fut déclaré mort* et porté à l'amphithéâtre, où il passa la nuit, nu, sur la table de marbre, en attendant l'autopsie. Au matin, le médecin aide-major, au moment où il portait le scalpel sur le cadavre, crut percevoir un gémissement, examina de près et fut amené à douter de la réalité du décès.

F... fut immédiatement transporté dans une salle et revint bientôt à lui.

J'insiste sur ce fait qui me fut signalé par F., qu'il avait toute sa conscience depuis un temps qu'il lui fut impossible de préciser, lorsqu'il *vit* venir à lui le médecin avec sa boîte d'instruments ; mais il lui fut impossible de manifester son état de vie autrement que par un imperceptible gémissement.

Frappé de cette extraordinaire aventure où il croyait voir une intervention extra-naturelle F... par une suite d'idées assez facile à saisir, s'adonna aux études religieuses et s'y consacra définitivement.

Il me dit le nom de la petite localité où il était curé, mais je ne l'ai pas retenu, et n'ayant plus jamais depuis entendu parler de lui, je ne suis pas en mesure de donner des renseignements plus circonstanciés de nature à servir d'éléments à une enquête précise. Je le regrette vivement, car je reconnais que ce fait, faute d'une enquête minutieuse, permettant d'en vérifier tous les détails, pourra ne pas produire chez tous ceux qui le liront, l'impression qu'il a produite sur moi.

Nous avons classé cette observation parmi les faits incontrôlables et l'on voit sans peine pourquoi. Son auteur dit avec la plus parfaite bonne foi qu'il l'a rédigée longtemps après que le fait lui fut raconté et qu'il ne se porte pas garant de tous les détails. On voudra bien admettre que ceux mêmes sur lesquels il insiste, puissent paraître singuliers. Se représente-t-on ce cadavre — ou réputé tel — qui entend, qui *voit*, qui sent sans le déceler par la moindre réaction et sans surtout, que l'entourage se soit aperçu que ces yeux

qui voient ne sont pas ceux d'un cadavre, mais ceux d'un vivant ! Quand un œil voit, il est forcé d'accommoder ; quand il accommode, il a immédiatement un aspect tout à fait différent de celui du cadavre.

Cette histoire rapportée longtemps après qu'elle se fut passée, par un intermédiaire évidemment digne de foi, quand il raconte les faits constatés par lui-même, peut aussi avoir été forgée de toute pièce ou singulièrement exagérée dans la forme comme dans le fond, par un sujet sur l'état mental duquel le docteur G... n'a pas eu le temps, certes, de se faire une opinion.

On voit de combien de critiques une pareille observation est susceptible et que pour en admettre l'exactitude, il faut avoir préalablement fait un acte de foi à « *l'inhumation prématurée* » au lieu d'aborder la question avec le doute systématique qui est la base de toute recherche scientifique.

Cette histoire est le type de toute une série de faits analogues à quelques variantes près.

Nous croyons que celle qui va suivre n'est pas moins critiquable, nous la trouvons dans un des travaux les plus complets qu'il ait été publié sur la question.

L'auteur (1) raconte que, grâce à un pourboire donné au garçon de l'amphithéâtre de l'*Hôtel-Dieu* de *Marseille*, on avait un cadavre frais pour faire des exercices de médecine opératoire.

On sait en effet que les yeux s'altèrent très vite après la mort et il y a avantage de se trouver dans les meilleures condi-

(1) *Icard*. Constatation de décès dans les hôpitaux en France et à l'étranger. Paris 1911.

tions possibles pour pratiquer des exercices de médecine opératoire le moins longtemps possible après la mort.

Les exercices avaient commencé déjà, les yeux avaient été opérés de la cataracte, lorsqu'un des étudiants crut apercevoir des mouvements *fibrillaires* (?) du côté de la région précordiale. Surpris il applique aussitôt l'oreille et constate avec étonnement que le cœur battait encore. La stupeur se peint sur le visage des témoins, ils se consultent; ils hésitent et dans leur trouble ils ne savent pas quelle décision prendre.

Avant de se déterminer, ils auscultent une dernière fois, ils trouvent alors que le cœur s'était arrêté; les battements avaient cessé. Le fait s'est passé il y a environ vingt ans. L'auteur ajoute, il nous a été certifié authentique par un des témoins, aujourd'hui médecin :

Pouvons-nous admettre une pareille observation et faire croire à ceux qui la lisent que des étudiants en médecine, à la fin de leurs études, peuvent se tromper à tel degré?

A première vue, dans cette observation, on ne peut manquer de trouver singulier qu'en opérant sur « les yeux » un sujet vivant, réputé mort, on n'ait pas été frappé de la différence qui sépare un œil vivant d'un œil mort. Très rapidement sur le cadavre et parfois même pendant l'agonie surviennent des altérations conjonctivales tout à fait caractéristiques. D'autre part qu'étaient devenu les reflexes pupillaires Comment se fait-il qu'en pratiquant l'irrédectomie préalable à l'extirpation du cristallin on n'ait pas perçu quelque contraction idio-musculaire de l'iris, fait constant sur un tissu

musculaire qui conserve un tant soit peu de vie Nous croyons néanmoins que les auteurs ont pu être de très bonne foi. Admettons que l'un d'eux ait cru voir des contractions fibrillaires précordiales : il avertit les autres, tous s'affolent ; ils auscultent ; ils prennent les battements de leur carotide, précipités par l'émotion, pour des bruits du cœur ausculté, leur affolement empire, puis quand ils sont un peu calmés, qu'ils ont vu leur cadavre ne pas donner d'autre signe de vie ils le réauscultent et cette fois n'entendent plus rien.

Comme nous le disait *M. Babinski* à propos d'un autre fait, « quand il ne suggestionne pas le malade, le médecin se suggestionne lui-même. »

Cette autosuggestion médicale, cette foi aveugle en la réalité des inhumations prématurées nous la trouvons à chaque pas dans le dépouillement des observations. Même quand le fait rapporté est d'une invraisemblance criante, on le considère comme venant à l'appui de la thèse des enterrés vivants.

Par exemple :

Josat (1) qui cite une observation extraite du journal *Le Droit* (24 octobre 1853). Sur un cas de mort apparente d'un malade revenant spontanément à la vie, dans la salle des morts de l'hôpital de Liège, observation qui semble tellement exagérée, que l'auteur même, en la citant, fait remarquer que cet épisode tragique qu'il avait *cru tout d'abord inventé à plaisir*, après renseignements pris et *toute exagération mise de*

(1) *Josat*. De la mort et de ses caractères. Paris, 1854.

côté, se trouve renfermer un *fond* de vérité qui en justifie la publication !

Il prouve, tout en justifiant la présence de son observation, ce que nous voulons démontrer. Si grand est le besoin de document détenant de la mort apparente qu'ils admettent comme tels des cas de syncope banale. Le docteur K.., donne comme exemple de *mort apparente* le cas suivant. Le docteur K... le médecin traitant de Mgr *Glycas*, métropolitain de M...Il soignait depuis longtemps le saint prélat, depuis le 11 janvier 1896, pour être plus précis d'une gangrène sèche du membre inférieur à la suite d'une artérite chronique (athérome). Très débile, son âge de soixante-dix-sept ans, justifiait des contre indications qui écartaient toute idée d'amputation.

Le 9 février 1896, le matin, le docteur K... trouva son malade dans l'état suivant :

« Monseigneur se trouvait en decubitus dorsal sur son lit, insensible, immobile avec une pâleur cadavérique. Ce qui caractérisait son état, c'était l'arrêt des manifestations fonctionnelles principalement les battements cardiaques et les mouvements respiratoires. A l'auscultation, les battements du cœur étaient tout à fait *imperceptibles*, pas de respiration, pas de pouls, en un mot aucun signe évident ne témoignait la vie.

Cet état d'une durée de vingt minutes m'entraîna à croire à sa mort réelle et d'en faire part à son entourage. Mais à mon grand étonnement, je n'ai pas tardé à reconnaître que je me suis trop pressé à me prononcer sur son état. Mgr *Glycas*, quelques instants après, « montrait quelques signes de respiration, j'ai eu recours immédiatement aux massages, aux injections sous-cutanées d'éther, aux lavements de musc, procédés qui l'ont fait revenir peu à peu à la vie. »

Il est évident qu'il s'agit là d'une syncope de quelques minutes et il faut toute l'émotion qu'elle a pu faire éprouver au docteur K... pour la faire considérer comme mort apparente.

Une autre observation si l'on peut l'appeler ainsi fixera encore davantage nos idées et nous allons constater l'impossibilité du fait et un bon exemple de fantaisie macabre.

Tallement de Réaux rapporte l'histoire d'un gentilhomme de *Montpellier* dont on disait « Le baron de *Panat* plutôt mort que né ». D'après ce chroniqueur, la mère de *Panat*, grosse environ de neuf mois, s'étant étranglée en avalant un os, passa pour morte et fut enterrée comme telle. Une servante et une domestique l'ayant déterrée la *nuit suivante*, pour lui enlever les bagues qu'elle avait aux doigts, et l'ayant frappée dans le dos afin de se venger d'en avoir été maltraités, ces coups déterminèrent la brusque expulsion de l'os. Elle commença à respirer et quelque temps après elle accoucha d'un fils.

Cette observation se trouve dans la *Chronique médicale* du docteur *Cabanès* et l'auteur qui la cite ajoute que « la littérature spéciale fourmille de ses histoires macabres dont un grand nombre offrent les meilleures garanties d'observation scientifique et d'authenticité (1).

Nous ne pouvons pas nous étonner de l'observation de *Briquet* et *Ball*, dont nous parlerons dans un autre chapitre, dans laquelle *Briquet* s'étonnait de ne pas trouver les bruits du cœur. *Bouchut* qui a mise cette observation en évidence et qui connaissait bien

(1) *L'avenir médical*. Décembre 1910.

Briquet, nous explique très bien cette anomalie, en nous parlant de l'infirmité de *Briquet*, qui était sourd.

Aussi *Bouchut* en citant les observations, en parlant des plus anciennes, nous a beaucoup facilité la tâche, et avant *Laënnec*, c'est à-dire avant l'auscultation(*1820*) les gens de métier avaient des excuses pour ne pas savoir examiner les deux fonctions du trépied vital. Mais « *l'oreille a fait par les découvertes de Laënnec, le progrès décisif auquel il ne s'est guère ajouté depuis que des perfectionnements de détail* (1). A côté nous avons les progrès de la clinique et l'observation médicale suivie. Actuellement nos idées ont changé grâce aux moyens d'investigation plus scientifiques et il serait donc étrange que nous ne puissions pas donner une interprétation autre à la question de *mort apparente*, question si vaste dans le passé et qui se réduit de plus en plus par l'éliminatation des cas imprécis et fantaisistes.

(1) *A. Chauffard.* Du degré de certitude en médecine. *Revue scientifique*. Paris, 18 mars 1911.

CHAPITRE III

LA MORT APPARENTE EN CLINIQUE

Nous venons de parler de la mort apparente légendaire, de celle qui est sortie toute armée du cerveau des hommes sans avoir jamais eu de réalité. Mais nous ne voulons pas nier qu'il existe des états qui méritent vraiment le nom de mort apparente sous lequel ils sont connus. Seulement ces états là ne sont pas dangereux au point de vu de l'inhumation ; ils sont connus, classés, prévus, et si nous en parlons ici ce n'est pas pour nous mettre en garde contre de graves erreurs, mais pour opposer les faits scientifiquement constatés aux récits fantaisistes dont nous venons de parler.

Nous n'étudierons pas en détail tous les cas possibles, mais seulement les plus intéressants. Qu'on nous permette néanmoins de rappeler ici dans le tableau suivant les principaux cas possibles.

a) *Mort apparente des nouveau-nés.*

b) *Mort apparente de causes physiques* :

Agents physiques : Electrocution.
Fulguration.
L'insolation.
Le *froid*.

c) *Mort apparente chez les malades atteints de maladies infectieuses* :

Fièvre typhoïde.
Peste.
Choléra, etc., etc.

d) *Mort apparente dans les affections nerveuses* :

Léthargie hystérique.
Emotions chez les névropathes.

e) *Mort apparente chez les asphyxiés* :

Par strangulation.
Par pendaison.
Par empoisonnement (cyanures).
Par submersion.

f) *Mort apparente par intoxication* :

Par des gaz : *Oxyde de carbone.*
Chloroforme à l'état de vapeurs.
Et par l'*alcool*.

A) Mort apparente des nouveau-nés.

La mort apparente des nouveau-nés n'est pas une entité morbide véritable, c'est un ensemble de plusieurs états différents, reliés par quelques caractères communs.

« *Les fonctions et les propriétés de la vie sont suspendues ou affaiblies au point de faire croire à la mort et présentant comme symptômes communs l'absence de cri ; certains troubles respiratoires et circulatoires, avec résolution musculaire* ». *Demelin, In* Traité des maladies de l'Enfance. *Tome V.*

Les classiques décrivent deux formes :

La forme *bleue* par asphyxie et la forme blanche par syncope. *La syncope est un des états morbides qui retracent le plus fidèlement l'image de la mort.*

La tonicité musculaire manquant, l'enfant a les membres ballants, la tête en arrière et apnée complète. L'air n'arrive pas dans les poumons, bronches obstruées par des mucosités faisant bouchon. Quant au cœur, une sorte d'oscillation petite que *l'oreille seule peut la percevoir.* On sent très bien en introduisant les doigts dans l'isthme du gosier des mouvements réflexes. *Presque toujours on trouve ces réflexes.* Quant aux yeux, le réflexe cornéen peut manquer des fois, quand le réflexe de l'arrière-gorge manque, il existe celui cornéen. Laissant de côté la forme classique que les accoucheurs désignent par

une expression heureuse « *d'enfant qui naît étonné* » le nouveau né qui demeure inerte, mais l'on contaste qu'il existe toujours des battements rythmés du cœur et à peu près réguliers. Plus de doute possible dans ce cas. D'après *Demelin*, chez les asphyxiques on sent une tonicité musculaire spéciale, une sensation acquise, qui fait que l'accoucheur expérimenté se doute et exécute les manœuvres classiques (Laborde, Sevestre, Schultze, etc , etc). La guérison chez les asphyxiés revient 24, 36 heures après.

La forme blanche par syncope hémorragique ou par traumatisme obstétrical en éliminant la forme par apoplexie méningée, avec peau cyanosée, mais qui présenterait, d'après *Demelin*, un signe intéressant : reflexes rotuliens et plantaires conservés, des fois *exagérés*). La forme blanche cireuse, à cause de la couleur blanche des téguments, couleur de cire cadavérique.

Il semble dans les cas de mort apparente, à forme blanche, que la mort ne soit pas seulement apparente mais réelle, d'après *Anderodias* (La pratique des maladies des enfants). Mais les classiques sont d'accord sur ce point : on perçoit des mouvements du cœur dans la région précordiale, on les sent en déprimant la région épigastrique, des fois ils sont si sourds que, *seule*, l'auscultation puisse les percevoir. L'apnée est plus complète, à s'y tromper, plus que dans la forme asphyxique. Les accoucheurs ont décrit une *forme mixte*, expliquée facilement par la logique des faits ; les formes blanches qui se transforment en

formes bleues, parce que l'enfant qui revient à la vie, grâce au traitement, passe dans l'autre forme (il s'ashyxie à cause des mucosités, qui obstruent ses voies aériennes). On comprend facilement l'indication opératoire dans ces cas et nous n'insisterons pas. A ajouter encore le fœtus qui, né à l'état de mort apparente parce qu'il a respiré dans l'utérus, à cause des éructations de son épiderme par le toucher de l'accoucheur ; il est mal servi dans ce cas, car il aspire du sang, des glaires, du méconium, qui gagnent par voies respiratoires, les alvéoles.

Connaissant pour la forme blanche le grand rôle des traumatismes obstétricaux dans les cas d'étroitesse du bassin, à cause de la compression du cerveau pour réduction des os du crâne, ou dans les applications de forceps tête dernière, par hémorragie (rupture du cordon pendant les manœuvres), version, hémorragie, qui se traduit par un état d'anémie intense chez le fœtus et à pronostic très grave.

La mort apparente existe donc chez les nouveaunés, c'est une question étudiée de longue date et quand les enfants ont été abandonnés dès les débuts et à la suite d'un examen superficiel, ceux-là reviennent à la vie sans aucun soin, au bout d'un temps variable, au grand étonnement de ceux qui les croyaient morts.

Tous les médecins connaissent ce chapitre important des traités d'accouchement. Il faut faire le diagnostic, ayant toujours présentes dans la mémoire les formes classiques ici résumées.

Nous pouvons dire avec raison que nous faisons le

diagnostic entre la mort réelle et la mort apparente, et nous signalons en passant la remarque juste de *S. Morache* : « *Les enfants nouveau-nés qui arrivent en état syncopal, donnent parfois des exemples parfois surprenants, de retour à la vie et même, on ne peut vraiment ici se servir du terme retour, puisque la vie n'a produit encore aucun phénomène extérieur* ».

Commencer par faire le diagnostic, ausculter le nouveau-né. Des fois l'oreille a beaucoup de peine à entendre les bruits du cœur, *Bouchut* soutient que « Bien que j'aie eu l'occasion de voir beaucoup d'enfants à l'état de mort apparente, je n'en ai pas vu un seul qui se soit présenté à moi sans quelques bruits cardiaques », *Moreau*, *Chailly*, *Cazeaux*, *Tarnier*, *Demelin*, *Anderodias*, etc., sont de même avis. *Ausculter*, dit *Bouchut*. Nous avons trouvé dans la *Gazette des Hôpitaux de 1849*, page 544, un article de *Brachet*. L'observation produite par cet auteur montre un enfant, chez lequel il n'y avait pas de bruits du cœur, en fourrant les doigts sous le sternum, il sentit à la main des battements qu'il n'avait pas pu apprécier à l'oreille. *Bouchut* ne croit pas que l'auscultation n'ait pas pu percevoir ces bruits sentis par la palpation.

De même, *Depaul* cite plusieurs cas d'enfants qui n'avaient pas de bruits cardiaques, semblables à l'auscultation ! *Depaul*, même, constate Bouchut, trouve des frémissements de la région du cœur. Ces bruits ont toujours une tendance à s'affaiblir si on ne prend pas les précautions nécessaires.

Tarnier, soutient qu'en mettant deux gouttes d'eau

sur la région précordiale et les examener à jour frisant, si le cœur bat on observerait un tremblottement que l'œil peut très bien percevoir. Si nous sommes dans le doute, pourquoi nous empêcher de lui donner des soins comme si l'enfant était à l'état de la mort apparente et ne pas désespérer, car on a vu des enfants revenir très tard. Vous souvenant que le fœtus résiste à l'asphyxie très bien, il en a l'habitude « in utero » il résiste, par exemple, moins bien au traumatisme. Les moyens thérapeutiques nous les connaissons tous, après les frictions à alcool, bains chauds, sinapisés oxygéne, sérum, tractions d'après *Laborde*, tractions ryhtmées de la langue, insufflations de bouche à bouche, ou à l'aide de l'insufflateur *Ribemont Dessaignes*, les manœuvres de *Sylvestre*, *Schultze*, etc., etc. Des moyens thérapeutiques qui appliqués de la façon habituelle nous supriment l'incertitude donnée par l'auscultation.

Nous trouvons des observations, qui ne devraient pas être classées parmi celles qui prouveraient des cas *de mort apparente pris pour un cas de mort réelle.* Elles le sont tout de même ?

Observation de *Bouchaud, citée dans Deschamps, Bouchaud,* par trois fois a retrouvé vivant, à l'amphithéâtre des enfants qu'on se dispossait à autopsier et qu'une inanition prolongée avait mis en état de mort apparente. « L'erreur, dit cet auteur est des plus faciles, tout annonce la mort : froid, immobilité. Si l'on *examine de près* on ne peut que se tromper ; mais si on met l'enfant à nu et que l'on observe quelques instants, on *s'apercevera de sa méprise.* Un pincement détermi-

nera parfois un léger mouvement très lent et un petit cri plaintif très doux ; mais quelquesfois rien ne se produit ; il faut alors fixer les regards du côté des attaches du diaphragme, à cause de la lenteur de la respiration et parfois attendre une minute et quelquefois plus. Le cœur donne peu de renseignements ; on entend à peine un bruit confus et point de battements distincts.

Nous ne revenons plus sur la question, mais l'observateur même indique les signes, il dit qu'il faut faire attention.

C'est une recommandation trop souvent faite en médecine, qui ne veut pas dire qu'à la suite d'un examen attentif nous pouvions considérer l'enfant comme mort et susceptible d'être enterré !

De même. *Observation.* (Un enfant nouveau-né, abandonné comme mort et revenant à la vie à la Maternité de Paris).

Un enfant relegué avec cadavres de fœtus mort-nés, parce qu'il ne donne *aucun signe de vie* (?) A notre examen avec M^me^ Legrand, sage-femme en chef de la Maternité, nous sentons les battements du cœur et, avec ces vestiges d'existence, nous rappelons à la vie l'enfant après deux heures d'une mort apparente ! N'étant pas arrivé à terme, il ne tarda pas à succomber. « Cité par Deschamps ». Il est regrettable, que la personne qui avait relégué avec les cadavres de fœtus morts nés ne soit pas signalée dans l'observation, au moins le titre occupé à la Maternité de Paris et constatons que la sage-femme dont on aurait pu nous laisser ignorer son nom, n'a eu que le rôle connu, devant des enfants à l'état de mort apparente. Il

est presque probable que l'enfant examiné par toujours le « *je ne sais par qui* » ? ait fait, quand il est revenu à la vie réelle, la complication fréquente dans ces cas, la broncho-pneumonie par un trop long séjour de mucosités sceptiques dans les bronches.

Il ne faut non plus attacher grande importance aux observations dans lesquelles on constate un tel sans-gêne pour se débarrasser de l'enfant en profitant de son état de mort apparente. Si nous les analysons, nous pénétrerons dans le mystère des drames de famille, sans pouvoir avoir la prétention de découvrir un mystère scientifique ! !

Une observation du docteur *Faure*, 1865, se termine ainsi :

« Je ne sais ce que l'on avait pensé à la mort de ce petit malheureux. Mais, à coup sûr, sa résurrection n'était pas la cause d'une allégresse exagérée ». — Tout s'explique.

Nous pouvons retenir une observation, à cause du nom illustre de l'auteur, le professeur *A. Portal*, de Paris (1742-1832).

On apporta un jour à Portal un enfant né asphyxié. Le petit cadavre était déjà depuis quelque temps dans son amphithéâtre, lorsqu'il se mit en devoir d'en faire la dissection : mais au moment d'opérer, il eut l'heureuse idée de lui souffler pendant quelques temps de l'air dans les bronches ; au bout de deux à trois minutes, l'enfant était ressuscité ; un semblable fait a été observé par un anatomiste de Lyon, qui le communiqua au baron Portal.

Depaul (*in* Dict. des sciences médicales, tome 65,

2e partie, page 588), parle de ce fait, il le tenait de Portal lui-même !

Il serait préférable que tous ceux qui se trouvent en présence d'un fœtus suspect, qu'il ait *l'heureuse idée de Portal* de lui souffler dans les bronches. Depuis, la science à fait des progrès et nous ne manquons pas de moyens de rappeler à la vie les petits enfants, en insistant sur ces moyens dont nous avons déjà parlé, sans les exposer à un abandon complet après un rapide examen. Du moins ceci se passe ainsi en France et dans les pays civilisés. Pour terminer ce chapitre de la mort apparente chez le nouveau né, nous pourrions peut-être citer un cas, qui a une importance à cause de la personne illustre de l'histoire de l'Empire. Le roi de Rome, dès le moment de son entrée au monde, la fatalité avait voulu lui marquer son hostilité ; il était à l'état de mort apparente.

L'accoucheur *Dubois*, qui délivra l'Impératrice, était venu affolé trouver l'Empereur pour lui apprendre cette terrible nouvelle.

C'est à la suite des soins prodigués de la façon la plus savante par les aides de *Dubois* et au bout de sept minutes que l'Empereur rayonnant de joie l'emporta dans les bras pour le montrer à la foule !

— La mort apparente des nouveau-nés est fréquente, elle n'épargne donc personne ; on connait très bien son diagnostic, son pronostic et son traitement pour exposer les médecins et les sages-femmes, excluant le but criminel, à faire enlever rapidement du foyer, la victime frêle de leur ignorance impardonnable.

B) La mort apparente et les maladies infectieuses.

Nous avons déjà, en parlant des épidémies, exposé nos idées sur ce sujet. Pendant les épidémies les autorités procèdent avec une telle rapidité qu'il est bien possible que des erreurs se soient produites et nous pourrions, peut-être, expliquer ainsi le cas de cette jeune fille, morte soit disant de choléra et qui revient à la vie sur le bord de la tombe. Nous avons peu de détails aussi sur le cas de ce jeune homme qui, pendant une épidémie de choléra, fut passé pour mort, à cause de son état grave. On raconte qu'il fut transporté à la morgue de la ville de *Hambourg* pour attendre l'heure de l'enterrement. Quand les porteurs rentrèrent pour enlever les corps, au nombre de cent, ils trouvèrent ce jeune homme assis, très souffrant et dans une frayeur explicable. Nous ne pouvons plus contrôler ces faits et nous nous contentons de leur avoir donné l'explication qui nous a paru évidente.

Le cas du docteur *Roger* qui, pendant l'épidémie de 1866, fut demandé au cimetière, où on avait enterré une malade seize heures après son décès, et l'on prétendait avoir entendu des bruits dans le cercueil pendant le trajet. Le docteur *Roger* a constaté la présence de la vie et prodigué des soins dans l'église. Elle revint à la vie mais pour mourir le lendemain. Donc dans cette observation, citée par plusieurs auteurs, et nous l'avons prise dans *Brouardel*, nous faisons re-

marquer que. à côté de l'inhumation précipitée, il y a la constatation de décès qui fut faite par la famille et sans vouloir nous répéter, nous ne pouvons pas admettre la possibilité de vie ou de ses manifestations par des bruits, dans le cercueil, surtout chez ces malades aussi affaiblis avec une inervation défectueuse et des muscles anémiés. En admettant seulement la conséquence funeste de la précipitation administrative (pompes funèbres, etc.), et en n'admettant pas l'idée d'une erreur médicale possible, nous nous voyons obligés de mettre en évidence quelques points principaux de cette question.

En commençant par le choléra, nous allons nous occuper de la forme *algide*, connue encore sous le nom de *stade de cadaverisation* à cause du manque des réserves aqueuses dans l'organisme (l'ascite et la pleurésie même s'évacuent), surviennent des troubles du côté de la *calorification* de la circulation et de la respiration.

Sur la température et ceci est important, nous savons, et *Bouchut* le dit dans son travail que, chez le mort la température oscille pour se remettre en équilibre, entre 21° et 18°, chaleur centrale. Chez le malade de choléra le corps est froid, il semble qu'une statue de marbre se soit substituée au patient ; à cause des températures des parties périphériques qui sont glacées (température inférieure à la normale de 10 à 12° cent.). Mais la température centrale reste absolument élevée. Bouchut déclare qu'une température de 20° constatée dans le rectum est un signe certain

de mort, et constatant le refroidissement périphérique des extrémités, la température rectale nous donnera des indications pour notre diagnostic de mort réelle.

A côté de la température, nous avons parlé du pouls et de la respiration.

Le pouls est faible, filiforme et devient imperceptible au doigt. Un signe qui est considéré comme un signe de la mort, c'est-à-dire de sectionner la radiale et voir si le sang coule. Nous attirerons l'attention que chez les cholériques à forme algide, on peut très bien, en sectionnant la radiale, ne pas obtenir du sang ou à peine quelques gouttes de liquide rouge. Malgré la faiblesse du pouls de la radiale, il persiste celui de la femurale ou de l'humérale et jusqu'au niveau des carotides. De même les incisions de la peau, les plaies des téguments intérieures ne donnent pas de sang.

L'auscultation du cœur change aussi : les bruits sont très sourds, le premier finit par disparaître (*Magendie*), le deuxième reste longtemps distinct, mais c'est un bruit confus et qui est perçu par des oreilles instruites. La formation des caillots dans le cœur (*Thoinot*), on entend un souffle qui couvre le deuxième bruit du cœur.

Nous trouvons dans la description de *Graefe*, l'aspect de ces malades, aspect qui peut nous tromper si nous ne l'examinons à fond. « Les malades épuisés, anéantis, couchés sur le dos, avec leurs membres immobiles.

L'œil enfoncé dans l'orbite, à cause de l'affaissement du coussin cellulo graisseux incomplètement re-

couvert par les paupières, dont l'orbiculaire est paralysé.

Les pupilles sont dilatées, des taches noirâtres d'un bleu sale apparaissent à la surface de la sclérotique ou l'œil rougit par le développement de la kératite. La cyanose des paupières dessinent profondément le contour osseux de l'orbite ; le nez effilé, les saillies cartilagineuses apparaissent à travers la peau desséchée. Les lèvres sont amincies, collées sur les dents ou entr'ouvertes, violettes. Les tempes et les joues se creusent et une pâleur livide ou une teinte bistrée, noirâtre donnent aux traits de ce tableau une apparence aussi caractéristique qu'effrayante. »

Ainsi cet aspect pourrait tromper ceux qui ne constatent pas la mort, mais qui s'attendent au sombre pronostic à cause de l'épidémie qui a un caractère ravageur. Les malades qui se trouvent dans cet état reviennent rarement, on peut dire jamais et *Laverau* soutient que l'examen de l'œil fait le pronostic. « Quand l'œil flétri, enfoncé dans l'orbite apparaît entre les deux paupières à demi-ouvertes, il est permis de dire que la mort frappe d'avance les malades de son empreinte. »

La respiration est plutôt accélérée pour suppléer à la gêne de l'hémotose et l'apathie profonde ne tarde pas.

Il existe dans le choléra une phase de réaction qui succède à la phase algide mais peu grave et la réaction désignée sous le nom de réaction régulière est une vraie résurrection qui s'opère lentement.

Mais quand le collaspsus se prononce, la somnolence augmente, la convulsion des yeux se remarque de plus en plus, la cornée s'affaisse et la mort arrive — la mort réelle — en quelques heures ou deux à trois jours, si c'est le collapsus asphyxigère.

Il s'agit, dans les cas de grossesse, de savoir s'il faut faire une cesarienne *post mortem*. Il est démontré que l'enfant succombe toujours avant la mère. Donc la césarienne *post mortem* est inutile. Faut-il sauver l'enfant autrement, provoquer l'accouchement? On risque de donner une secousse à la malade et exposer une femme encore vivante aux dangers d'une opération.

Ainsi, le problème du choléra nous paraît résolu et passons maintenant à un phénomène qui est connu sous le nom de mouvements des cadavres et qui pourraient donner lieu à des interprétations fausses et faire croire à des mouvements chez des vivants. Ces mouvements spontanés ont été observés par *Brown-Séquard* pendant l'épidémie de 1848-49. « C'est, dit *Brown-Séquard*, un tremblement pareil à celui des animaux tués subitement. » Des mouvements de doigts, des bras, du tronc, pouvant faire croire qu'on a affaire à un être vivant.

Chrichton a vu des mouvements tels qu'on était obligé d'attacher les cadavres sur la table d'autopsie.

Laurence a vu un cadavre sur le dos se retourner d'un mouvement brusque sur le côté !...

Briquet rapporte une observation due à *Bourgeois*

d'Etampes (1), où il signale que l'incision du bistouri, pendant une opération césarienne *post mortem*, détermina une contraction musculaire chez la malade morte de choléra et gravide. Ces mouvements, d'après les classiques, persistent pendant deux heures, trois heures même après la mort, surtout chez les cholériques qui ont eu pendant leurs souffrances, des crampes intenses.

Brouardel, dans son ouvrage *Mort et mort subite*, page 27, cite aussi les contractions musculaires dans le choléra, contractions rythmées des muscles de la cuisse, de l'abdomen, qui font croire à *la mort apparente*.

Bouchut en parlant d'une observation de *Briquet* (2) et *Ball* sur un cas de mort apparente pendant l'épidémie de choléra, cite la phrase suivante : « c'est alors qu'on assiste parfois à cet étrange spectacle, d'un cadavre qui parle, agit et se remue, alors que la circulation s'est complètement arrêtée et que le sujet présente toutes les apparences de la mort. » D'après *Briquet*, la vie se serait prolongée, c'est-à-dire il y avait mort apparente pendant quatre heures après la cessation des bruits du cœur, qu'il ne pouvait pas constater, à cause de son ouïe faible (d'après *Bouchut*). Des idées un peu confuses sur la question de la forme algide des cholériques se trouvent dans leur observation. Pendant la maladie nous avons les signes ; le thermomètre (température rectale), l'examen des fonc-

(1) *Thoinot in Brouardel-Gilbert.*

(2) *Briquet.* Leçons cliniques sur le choléra faites à l'Hôtel-Dieu *Gazette des Hôpitaux*, 1873, page 956.

tions, en éliminant l'aspect qui peut nous tromper, aspect décrit plus haut par *Graefe*. Pendant la mort, nous pouvons constater le changement de la position des cadavres, qui est décrite. De même pour la peste ; les mêmes conséquences d'une épidémie aussi dangereuse et si on faisait une enquête en Mandchourie, on pourrait trouver des malades en coma ou épuisés (dans la forme hémorragique) et qui se trouvent en hypothermie finissant dans la fosse commune ou incinérés. Nous répétons plus ce que nous avons dit sur le choléra en terminant par la fièvre typhoïde qui présente une somnolence presque constante vers la deuxième semaine, dans les cas sévères, elle existe des premiers jours et progresse rapidement jusqu'à la mort ; les muqueuses (conjonctives, larynx, pharynx) peuvent présenter une anesthésie partielle ou complète ; de même les téguments. Dans la forme adynamique avec sa prostration extrême, avec le paresie cardiaque et l'hypostose pulmonaire constante, les signes de vie existent et il n'y a pas d'erreur possible. Quant à la la mort subite, qui est la terminaison par syncope même des formes atténuées, forme bien décrite (Hayem, Dieulafoy) et présentant ceci de particulier : la mort peut n'intervenir qu'à la deuxième ou troisième syncope. Après la mort, qui présente tous les signes classiques que nous avons décrit dans un autre chapitre, on peut trouver que la température monte aussi de un demi à un degré. Cette hyperthémie *post mortem* existe dans plusieurs maladies (tétanos 40° à 44°. *Laignel. Lavastine* cite un cas de température *post ine mor-*

tem 59° chez un malade mort de pneumonie ; 55° chez un malade mort de pachymeningite hémorragique. Ceci nous permettra d'interpréter les phénomènes et après l'examen du patient, pour dissiper tous sentiments de doute, on peut très bien se prononcer dans les maladies infectieuses et savoir si le malade est réellement mort. Sinon ne pas l'abandonner, qu'après l'apparition d'un signe certain et nous ne croyons pas que les médecins qui suivent leur malade dans la marche de la maladie, après diagnostic posé, puissent se tromper et pouvoir ainsi contribuer contre leur intérêt à défendre la thèse de l'incertitude de la mort.

C) Sommeil hystérique.

Les ascètes de l'Inde, connus sous le nom de fakirs, à la suite de phénomènes d'hypnose volontaire, tombent à l'état de sommeil léthargique et on raconte qu'ils sont souvent enterrés, restant dans la tombe plusieurs jours, plusieurs semaines. D'après *Morache* le fait a été vérifié maintes fois et il dit avec justesse : « Peut-être cependant comme dans les pays de l'Europe se mêle-t-il dans ces exhibitions quelque supercherie de mise en scène ». Nous n'en parlons plus. Il existe dans l'hystérie deux formes de sommeil (1), le sujet tantôt tombe foudroyé (*apoplexie hysterique*)

(1) Traités classiques Brouardel, Gilbert, Charcot, Brossaud, Bouchard. etc.

tantôt s'endort brusquement au milieu de ses occupations *(forme narcoleptique)*. Le sujet est pâle, ne ronfle pas ou presque jamais ; il a ses extrémités cyanosées. présentant en même temps un état de contracture généralisée. Le malade est-il à l'état de mort apparente, pouvons-nous avoir des doutes, pour que la suspicion de mort réelle s'impose.

« Lequel dit *Josat*, apportera le mot de cette douloureuse énigme : ici la mort : ici la léthargie ?»

« La réponse est bien simple : celui qui apportera le mot de l'énigme, c'est le premier médecin venu en jouissance de ses facultés » (Dr *Faure*).

La question du sommeil hystérique est bien connue à l'heure actuelle, avec peu de surpises pour ceux qui ont cherché d'étudier la question dans les classiques, C'est un moyen. Un autre serait de nous adresser aux savants qui ont étudié l'hystérie tout particulièrement. Commençons par les classiques. Dans les attaques d'hystérie la résolution musculaire et l'anéantissement des puissances et facultés de l'âme occupent la première place.

Les morts apparentes et les résurrections miraculeuses sont rapportées en grand nombre par les auteurs, à cause même de leur singularité. On ne leur permet pas de passer inaperçues. Les mêmes caractères se rencontrent dans l'évanouissement, dans l'apoplexie et la léthargie hystérique. Les femmes après une attaque sont accablées pendant plus de vingt-quatre heures. Leur extérieur seulement représente le calme de la mort; nous allons constater chemin faisant d'autres

symptômes qui nous empêchent de nous tromper. Il existe une différence entre la forme du sommeil chez la femme et de celle de l'homme. Chez la femme l'élément apoplectique si fréquemment constaté chez l'homme et en premier, manque toujours. Chez l'enfant, le sommeil hystérique est rare, mais existe quand même (*Achard*).

Briquet a relevé sur 421 malades 3 cas de sommeil vrai, 5 attaques comateuses et *8 léthargies proprement dites*. D'après *Gasne in* traité Brouardel (Gilbert. t. X ; *Briquet* connaissait mal l'hysthérie masculine, il passe sous silence un certain nombre de faits, ceux de *Landouzy* par exemple, qu'il ne cite pas parce que cet auteur les a étiquetées sous le nom de *syncope* ou *mort apparente*.

Dans la forme syncopale en analysant les symptômes nous trouvons que le sujet ayant perdu connaissance tombe. Il est pâle, inanimé et sans mouvements, les membres flasques. Le pouls existe, il est faible, c'est la forme désignée encore sous le nom d'*apoplexie hysterique*. Il existe une autre forme narcoleptique de *Parmentier*, le sujet s'endort brusquement au milieu de ses occupations. L'aspect de ces sujets quoique spécial *n'est pas cadaverique* bien que ces malades aient à plusieurs reprises été considérés comme morts et même enterrés. Le diagnostic de la mort réelle sera surtout basé sur l'abaissement progressif de la température et l'absence du pouls. Nous savons et les classiques en parlent,que les extrémités sont froides et malgré l'aspect abandonné des malades, les muscles sont

contracturés. L'examen des yeux présente ceci de spécial, pupilles plus ou moins larges et, en exerçant des mouvements sur les globules oculaires, ils ont la tendence de se mettre en strabisme convergent.

Probablement ce qui fait que ces malades sont pris pour des morts, c'est leur anesthésie totale. On peut les pincer, les brûler, traverser les muscles avec de longues épingles sans qu'aucun muscle de la face tressaille. De même cette anesthésie persiste à l'inhalation de vapeurs irritantes, ammoniaque, etc., etc.

Il existe uneforme de léthargie désignée par *Gilles de la Tourette* sous le nom de *léthargie lucide* qui se traduit par l'impossibilité de réagir chez le dormeur, malgré la conversation d'une certaine conscience morale. Nous revenons à uu cas dont nous avons déjà parlé, le cas du cardinal Donnet qui s'il avait connu la définition de Gilles de la Tourette aurait peut-être évité dans son discours à effet prononcé en *1866* au Sénat, de se classer innocemment parmi cette catégorie de malades. *Pfendler* cite une observation dans laquelle on trouve un jeune malade à l'état de *lethargie lucide* qui percevait nettement les préparatifs faits pour son ensevelissement sans pouvoir protester (1). Observation que nous ne pouvons plus contrôler, car la forme est rare à l'heure actuelle et les exemples manquent complètement. Ainsi nous pouvons constater que dans les formes qui pourraient nous tromper, il y a toujours

(1) Observation antérieure à 1820 ; donc antérieure à l'auscultation.

des signes de vie. Nous avons des fois le pouls faible, mais il existe, nous avons les battements normaux du cœur; une respiration superficielle ou type *Cheyne Stokes*, pupilles sensibles.

Enfin, un dernier mot : le *thermomètre fait le diagnostic;* le cadavre tend toujours à se mettre à l'unisson avec la température ambiante. L'électricité comme moyen de diagnostic ne donne rien; il faut se souvenir que *Brown-Séquard* se servant d'une bobine d'induction pour un cas semblable, et employant les courants les plus forts, ne put rompre l'état cataleptique. Donc la sensibilité électrique est des fois abolie dans les cas d'hystérie léthargique.

Nous avons parlé des idées classiques sur le sujet et les déductions sont faciles; nous pourrions peut-être leur donner une valeur plus grande en citant les opinions actuelles sur la question. *M. Babinski* n'a jamais vu un cas de léthargie hystérique, qu'il aurait pu le confondre avec la mort réelle. Nous lui avons demandé ce qu'il pensait des observations. M. Babinski estime, et là dessus nous avons déjà insisté que ces observations sont fantaisistes « ce sont les médecins qui se suggestionnent dans ces cas » et que l'on ne peut pas savoir comment elles ont été prises. En insistant sur le fait, qu'une erreur serait peut-être possible, il nous répondit, en nous autorisant de le dire, qu'il y a des signes, ceux que nous trouvons dans les classiques et là dessus nous ne revenons plus.

Le professeur *Bernheim* de *Nancy* a bien voulu nous

envoyer une note où nous trouvons ses opinions sur cette question.

« Je n'ai jamais vu de cas de léthargie, ni hypnotique, ni hystérique. Ce qu'on appelle de ce nom impropre, c'est un sommeil plus ou moins profond, mais dans lequel *la respiration se fait et le cœur bat.*

S'il y a eu des inhumations précipitées pour des cas de prétendue léthargie, ce n'étaient sans doute que des erreurs de diagnostic, dues à un examen insuffisant. Dans les cas de collapsus passager ou qui précèdent la mort, les bruits du cœur peuvent être très faibles et la respiration très superficielle, si bien qu'on peut croire à la mort, quand elle n'existe pas. Mais l'examen et l'observation suivie font bientôt le diagnostic ; si c'est un simple état syncopal, les battements affaiblis du cœur ne tardent pas à réapparaître distincts, ainsi que la respiration ».

Par conséquent, d'après les renseignements pris et d'après nos études nous pouvons considérer les observations de sommeil léthargique, comme des observavations sans valeur pour prouver l'erreur de diagnostic dans la mort apparente.

D) Mort apparente chez les suppliciés.

Nous allons dire peu de mots sur les suppliciés qui reviennent à la vie. On sait que dans ces cas la constatation est toujours faite par un médecin. Si dans le cas de *Hoffmann*, le supplicié se trouvait à l'état de mort

apparente, l'application serait facile ; autour du cou il y avait des ganglions qui avaient neutralisé la constriction du nœud coulant.

Le cas de *Sikar*, [par deux examens la mort fut déclarée réelle d'un homme de 26 ans pendu par autorité de justice. Le supplicié vécut vingt-deux heures, après avoir été dépendu ; il ne reprit connaissance qu'imparfaitement et encore au dernier moment] devenu classique, vous montre une erreur de diagnostic de la mort. Malgré sa phrase d'excuse que l'on trouve dans un journal de Vienne (*Wiener med. Blatter*) on peut très bien se rendre compte que dans ces cas la constatation de décès se fait rapidement et toute tentative pour ranimer le sujet, quand il existe des doutes, ajouterait à ce moyen abominable de faire justice, une comédie lugubre et ridicule.

Nous ne pouvons pas insister d'avantage sur cette question qui rentre dans le cadre des études de médecine légale, parce que 1° Il n'est pas donné à tout le monde de mourir de cette façon ; 2° Les exemples des erreurs commises par les médecins sur la réalité de la mort dans ces cas sont rares ; 3° Quant aux autres observations que nous pouvons trouver dans le livre de *Bruhier* (1) par exemple, en citer une, serait mettre en évidence un autre genre d'observations fantaisistes.

(1) *Bruhier*. De l'incertitude des signes de la mort et l'abus des enterrements et embaumements précipités. Paris, 1749.

Pendaison de vingt-quatre heures, survivance et ingratitude de la victime.

Un meunier des environs d'Abbeville, passant près d'un endroit où était exposé un voleur qui avait été pendu la veille, crut remarquer qu'il n'était pas mort. Un mouvement de compassion l'ayant engagé à éclaircir son soupçon qui se trouva bien fondé, il le détacha à l'aide de son charretier, le mit dans sa charette et l'emmena chez lui. Il employa ses soins pour le rappeler à la vie avec tant de succès qu'au bout de quinze jours son nouvel hôte avait retrouvé sa parfaite santé. Il pensait à le congédier avec quelque argent, lorsque ayant par malheur différé trop longtemps pour le faire, il le laissa seul dans la maison, un dimanche. Ce misérable oubliant ce qu'il devait à son libérateur, mit à profit la liberté qu'on lui laissait, crocheta une armoire, et emporta toute l'argenterie et le comptant qu'il put trouver.

Le meunier s'aperçut en rentrant qu'il était volé et n'eut pas de peine à deviner d'où partait le coup, quand il vit que son ressuscité était éclipsé. Il courut après son voleur avec ses deux fils et son charretier. Ils l'atteignirent à une lieue de là et l'ayant ramené sur le champ au poteau d'où on l'avait détaché, ils le rependirent et le secouèrent si bien cette fois qu'ils lui ôtèrent le pouvoir de commettre davantage le crime.

Le procureur du roi au bailliage d'Abbeville informé du fait, fit décréter de prise de corps le meunier et ses complices, à qui l'on conseilla de prendre la fuite et de demander des lettres de rémission. Elle furent dressées par M. Guisiau, secrétaire du roi, etc.

[Bruhier. L. II. p. III].

De même, l'électrocution comme moyen d'exécution capitale, donne par fois des surprises trop connues ; *la fulguration* à la suite d'un orage qui éclate peut être suivie de survie. A la suite de la décharge électrique, peu importe la source et le but pour le moment, l'individu perd la connaissance. En Amérique, ou l'on exécute par l'électrocution les condamnés à mort, on a vu des courants d'un grand voltage (4.600 volts). Ne produire qu'un état de mort apparente. C'est-à-dire, ou peut ranimer le condamné en pratiquant *immédiatement* la respiration artificielle (trachéotomie par exemple avec introduction d'un soufflet dans la trachée) (1). Il est bien évident que l'électricité produit l'asphyxie brusque qui finirait par s'éterniser si on n'agit pas vite. C'est le type de la mort par le phénomène inhibition.

On peut dire d'après ce que nous venons de constater que l'électricité aux moyens des courants à grand voltage offre à côté d'autres inconvénients, encore celui de ne pas produire toujours la mort, ce qui ne la rend pas pratique pour les exécutions capitales. Cette question comme celle de la pendaison est par conséquent dépourvue de surprise !

De même nous n'allons pas insistés sur les cas de comas à la suite de coups de chaleur ou insolation.

Ces gens ont un pouls rapide ; de l'écume rosée, la face pâle, des pupilles contractées ou dilatées (*persis-*

(1) Observation in *Premature Burial* de W. Tebb et Vollum London 1893, p. 94.

tance du pouls) les membres sont inertes ; coma qui se termine quelquefois par la mort et l'influence de l'alcool est funeste comme le froid. Le traitement d'urgence dans ces cas, comme partout, donne les résultats connus. Eviter les progrès de l'asphyxie, par la respiration artificielle prolongée.

On a comparé souvent l'action du froid, sur l'organisme humain avec l'action sur les animaux hibernants (1) qui se trouve dans un état léthargique, L'inanition la maladie et l'alcool contribuent avec le froid à mettre, dans un état d'engourdissement semblable à la mort apparente ; l'individu se trouvant sur la voie publique par exemple. Dans ces cas, il faut examiner le tronc qui conserve un reste de chaleur et une respiration superficielle et si le pouls n'est pas perceptible à l'auscultation du cœur. On doit toujours entendre des battements du cœur. La pupille est fortement contractée et non dilatée, comme dans les cas de mort. On pourrait se tromper si on ne connaît pas les signes de la mort et si l'examen du malade est incompleot u rapide. D'après *Tourdes*, la mort apparente produite par le froid est une de celle qui prolonge le plus les chances de guérison, en cherchant à chauffer le malade le plus rapidement possible, contrairement à ce que l'on croyait dans le temps.

Nous allons terminer ce court exposé, pàr les cas de submersion en faisant connaître les expériences de

(1) La marmotte fait 7 à 8 inspirations par minute. La circulation est réduite, mais persiste très bien.

Berger Loye, *Brouardel*, et *Devergie* et d'après *Berger*, qui fit des expériences sur des animaux, au début du siècle dernier, il en résulte que tous les animaux que l'on noie, rendent au bout d'une minute et demie de séjour dans l'eau, l'air contenu dans les poumons et meurent après. *Brouardel et Loye* (1) ont fixé à 3 minutes ce chiffre et chez l'homme, d'après leurs études, il est rare que l'on puisse ranimer un individu qui a séjourné cinq minutes sous l'eau de même pour l'asphyxie. M. le docteur *Desgranges* de Lyon avait remarqué avec *Pouteau* et d'autres auteurs, que les noyés succombaient les uns par déffaillance syncopale, les autres par asphyxie par engouement. *Devergie* a fait remarquer que l'on a plus de chance à sauver un noyé asphyxié, que celui atteint de syncope ou inhibition. En résumé, d'autres expériences sur les animaux ont prouvé que la mort était constante après quatre minutes d'immersion d'emblé et qu'elle n'était encore apparente après neuf minutes d'immersion précédée d'inhibition. Chez l'homme ce maximum de résistence à l'inhibition, cette durée de mort apparente paraît plus considérable.

D'après *Auguste Voisin*, (dans Note sur organisation de secours publics dans le département de la Seine 1878), on trouve une statistique faite sur 87 noyés. On trouve sur ceux rappelés à la vie : 8 ayant séjourné sous l'eau pendant 5 minutes et 13, pendant plus longtemps, 1 durant 20 minutes (2).

(1) *Dabout*. Médecine légale et jurisprudence méd., p. 133.
(2) *Dabout. Loco citato.*

Laborde, prétend même que sa méthode de tractions rythmées de la langue a rappelé à la vie des noyés qui étaient restés 30 à 40 minutes sous l'eau. — Les médecins qui ont eu des occasions de soigner des noyés ont toujours remarqué que, ceux qui ont pu être rappelés à la vie, n'avaient pas d'écume ni à la bouche ni au nez. Le retour à la vie est favorisé par l'intégrité des voies respiratoires.

Dans *Bouchut*, qui parle du livre de *Bruhier*, auquel nous avons déjà emprunté une observation, cite plusieurs cas de mort apparente, par submersion, en commençant par un chiffre modeste de seize heures et terminant par des observation de submersion avec retour à la vie, après 9 jours et même 15 jours ! Nous renvoyons au livre de *Bouchut* (1) qui à la page 97, dit avec raison. « Quand on accepte comme vrais des faits de cette nature, on donne une telle preuve d'ignorance qu'il est difficile de tenir compte des opinions de l'auteur sur l'incertitude des signes de la mort. »

E) La mort apparente et les anesthésiques

Les anesthésiques dans le cas de profonde intoxication qui est toujours aiguë, peuvent nous donner l'illusion de la mort, d'après les auteurs.

L'usage des anesthésiques à l'état de vapeurs,

(1) *Bouchut. Loco citato.*

éther, chloroforme, bromure d'ethyle, etc., est confié à des personnes instruites et qui connaissent le danger, que les chirurgiens désignent sous le nom *d'alerte bleue*. Le pouls est petit, la face plombée, pupille dilatée. A côté nous avons la syncope.

On sait que dans ces cas, pendant un certain temps après l'arrêt définitif des mouvements respiratoires et cardiaques, les tissus du corps conservent leur vitalité propre et si la respiration et la circulation sont à nouveau rétablies il y a retour à la vie. Donc, nous avons la mort apparente et la ressuscitation sans avoir, nous le pensons, le grand danger de la surprise.

Nous serons peut être exposés à commettre des erreurs si nous ne possédons pas la technique à employer pour l'appel à la vie. Car en matière d'anesthésie, celui qui le donne ne doit jamais quitter des yeux la poitrine et le ventre de l'opéré sans oublier que la couleur de la face a son importance.

L'on voit souvent ceux qui n'ont pas l'habitude, toucher le globe occulaire, risquer de lui donnner la kératite plutôt que de le surveiller au point de vue de ses fonctions. Il faut éliminer les cas — d'après *Lenormand* — où la ressuscitation n'est pas possible, dans les cas d'hémorragie cérébrale — lésion incompatible avec la vie. Nous avons notre malade à l'état de syncope, ressemblant à un mort — il ne faut pas perdre le temps. Le retour à la vie est possible après une période courte. *Crile* (1), a bien montré expérimentale-

(1) *Crile*. The *Am. Journal of med. Sc.*: avril 1909, n° 445.

ment que la conservation de la vitalité des tissus, leur ressuscitabilité est très variable, selon les tissus même. Alors que la peau, le myocarde le conserve pendant quelque temps, les muscles quelques heures ; le système nerveux central ne la garde que quelques minutes (centre respiratoire 30 à 50 minutes ; centre vasomoteur et cardiaque 20 à 30 minutes ; mœlle et écorce cérébrale 8 à 10 minutes, les centres psychiques 6 à 7 minutes.

Ces centres sont d'autant plus susceptibles qu'ils ont des fonctions plus hautes, plus spécialisés. D'où l'on comprend combien il faut agir vite pour avoir un succès complet, et dans ces cas d'*essai* de ressuscitation on peut voir successivement se rétablir l'action vasomotrice, les battements du cœur, la respiration, puis un à un, tous les réflexes ; puis les mouvements coordonnés avant que la conscience se rétablisse. Celle-ci peut définitivement manquer (1), le malade peut comme dans un cas de *Crile*, vivre pendant 24 heures d'une vie végétative totalement décérébré et finir par mourir. On était intervenu après neuf minutes, tous les organes avaient repris leur vitalité, excepté le cerveau, dont les cellules étaient dégénérées. Agir donc vite, est la conclusion pratique et nous éviterons que la mort apparente se transforme en mort réelle. Comme dans les cas de mort apparente des nouveau-nés il faut bien posséder les moyens thérapeutiques, le nombre a augmenté depuis *Laborde*, et ne pas désespérer, car on a vu des malades revenir tard.

(1) Nous citons à la fin l'observation de *Depage* (de Bruxelles).

Avec ces deux conclusions pratiques, nous pouvons terminer la question de mort apparente chez les anesthésiés.

C'est tout ce que nous pouvons dire là-dessus, sans sortir du but de ce travail.

CHAPITRE IV

LA MORT APPARENTE ET LES ANATOMO-PATHOLOGISTES

Les cas de mort apparente, d'inhumation prématurée que l'on peut discuter nous sont rarement rapportés par des auteurs ayant quelque compétence, et présentant desgaranties au point de vue de leurs méthodes d'observation. Aussi a-t-on vu combien il est facile de critiquer leurs assertions.

Nous avons voulu faire la contre épreuve, et au lieu de recourir à des observations douteuses provenant d'observateurs peu qualifiés, nous nous sommes adressé à des savants connus et particulièrement bien documentés sur ce point: nous voulons parler des anatomo-pathologistes spécialisés, qui voient passer dans leurs instituts un nombre considérable de cadavres et seraient plus à même que tous autres d'observer des résurrections s'il s'en produisait.

Nous avons été assez embarrassé pour enquêter en France. Le matériel cadavérique est tellement dispersé que nous aurions dû interviewer un nombre considé-

rable de personnes d'expérience plutôt restreinte. Heureusement ce travail a été fait pour nous : un journaliste ayant demandé l'opinion du Directeur général de l'Assistance publique sur la mort apparente dans les hôpitaux, a reçu cette réponse qu'aucun cas n'était encore venu à sa connaissance. On voudra bien admettre que nul n'était mieux qualifié que ce haut fonctionnaire pour nous renseigner sur ce point, pour ce qui a trait aux hôpitaux parisiens.

D'autre part, *Icard*, en France, a fait une enquête très minutieuse et très approfondie sur les inhumations prématurées dans les hôpitaux, et il n'a trouvé aucun cas probant.

Les cadavres sont mieux groupés à l'étranger, où ils passent au sortir de l'hôpital dans les instituts anatomo-pathologiques, aux fins d'autopsie. Ces instituts en reçoivent un grand nombre. Celui de Nüremberg, pour ne citer qu'une ville qui n'est pas entièrement populeuse, en reçoit plus de mille par an. Les anatomo-pathologistes qui dirigent ces instituts ont donc une grande expérience de la matière et peuvent avoir observé des erreurs en matière de décès, s'il en existe. Or, nous n'avons pu trouver auprès d'aucun anatomopathologiste interrogé par nous, d'observation de ce genre.

Quelques-uns d'entre eux, *Firtret*, *Martinotti* (1), ont déjà publié leur opinion sur le sujet. Voici d'autre

(1) *Firket*. Du but et de l'organisation des autopsies. Liège, 1883. — *Martinotti*. L'anatomia patologica e le fonti de la Medicina prolusione. Siena 1891.

part les réponses que nous ont adressées différents professeurs d'anatomie pathologique ou posecteur.

Nous leur avions fait parvenir le questionnaire suivant :

1° Avez-vous observé, au cours de votre carrière, des cas de sujets amenés à l'institut d'anatomie pathologique en état de mort apparente, et en existe-t-il à votre connaissance?

2° Le diagnostic de la mort en général, dans les hôpitaux en particulier, vous semble-t-il présenter de telles difficultés qu'il y ait urgence à édicter de nouvelles mesures sur la vérification des décès?

3° Connaissez-vous des signes de certitude précoce pouvant servir dans le diagnostic de la mort?

Nous avons reçu les réponses suivantes :

Professeur *Askanazy* (de Genève).

1re question. — R. Au cours de toute une carrière, je n'ai jamais vu de sujet en état de mort apparente et je ne connais aucun cas dans lequel une mort apparente ait été démontrée de façon évidente.

2e question. — R. Le diagnostic de la mort ne présente pas de difficultés et l'on n'ignore pas que souvent les profanes posent ce diagnostic. Aucune ancienne ou nouvelle observation ne nous oblige à prendre des précautions particulières pour éviter le diagnostic erroné de la mort.

3e question. — R. Pas d'autres que les signes connus.

Professeur *Orth* (de Berlin).

1re question. — R. Non jamais.

2e question. — R. Non.

3e Question. — R. Je n'ai jamais éprouvé la nécessité de m'inquiéter de tels signes.

Professeur *von Hausemann* (Berlin).

1re question. — R. En 25 ans de pratique je n'ai pas entendu parler d'un seul cas de ce genre.

2e question. — R. La constatation de la mort est si simple pour un médecin instruit que toute possibilité d'erreur est écartée.

Professeur *Borst*.

1oe question. — R. Non. Je n'ai observé aucun cas de mort apparente.

2e question. — R. Non. Il ne me semble pas nécessaire d'édicter de nouvelles mesures; les mesures usuelles suffisent.

3e question. — R. Non.

Enfin, nous avons reçu des professeurs *Schmorl* (de Dresde) et *Stœrk* (de Vienne), des détails encore plus circonstanciés.

« En 24 années de pratique comme anatomo-pathologiste, nous écrit le professeur *Schmorl*, pendant lesquelles il m'est passé par les mains environ trente mille autopsies, je n'ai pas eu un seul cas de mort apparente. Depuis que je suis médecin, je n'ai pas eu connaissance d'un cas de mort apparente constaté scientifiquement. Dans les 25 dernières années du *Bulle-*

tin sanitaire annuel du royaume de *Saxe*, où sont rapportés plus de *deux millions et demi* de cas de mort, il n'y a pas un seul cas de mort apparente. »

« Un médecin de mes amis qui s'est vivement intéressé à la question de la mort apparente a entrepris depuis plusieurs années de faire une enquête approfondie auprès des autorités de tout endroit où la presse quotidienne vient à signaler un cas de mort apparente. Régulièrement il constate que lesdites autorités n'en ont jamais entendu parler.

« Dans nos hôpitaux, chaque sujet mort est examiné par un médecin assistant qui délivre le certificat de décès. Comme je l'ai dit, ce système n'a laissé passer aucun cas de mort apparente.

« En dehors des hôpitaux les médecins ne sont appelés à constater le décès que dans 65 o/o des cas environ. Là encore nous n'avons de cas de mort apparente ni anciens ni récents. La constatation de la mort se trouve souvent abandonnée aux « gardiennes de cadavres ». (*Leichenfrauen*) qui lavent et préparent la cadavre. Elles ont le devoir, pendant les trois jours qui séparent le décès de l'inhumation, de visiter le cadavre au moins une fois par jour et d'aviser l'autorité médicale si, au cours des deux premiers jours, il n'y a pas eu de phénomènes cadavériques.

« S'il peut manquer de signes de certitude précoce pour le public, le diagnostic de la mort ne présente pour le médecin aucune difficulté. »

Enfin voici, pour terminer, la traduction de la lettre du professeur *Stoerk*, de Vienne :

« Depuis mon entrée à l'Institut anatomo pathologique de Vienne (1890), j'ai pris part à environ 40.000 autopsies, partie comme spectateur, partie comme opérateur. Pendant la même période, on a pratiqué à l'*Institut für ferensische medizin*, qui occupe les mêmes bâtiments que nous, 26.000 autopsies. Nous n'avons pas eu un seul cas de mort apparente.

« Les protocoles de notre Institut portent une numération suivie, d'où il ressort que depuis 1850, par exemple, on y a fait 120.000 autopsies. Du temps de Rokitansky, on y faisait aussi les autopsies de l'*Institut für ferensische medizin*. En 61 ans, on ne trouve pas un cas de mort apparente... »

« La constatation médicale consciencieusement faite de l'arrêt de la respiration et du cœur me semble exclure définitivement la possibilité de ce qu'on appelle mort apparente. »

Telle est la teneur exacte de la totalité des réponses que nous avons obtenues. Des médecins habitués à l'observation scientifique rigoureuse et placés dans des conditions telles, qu'un nombre de décès plus considérable que pour aucun autre membre de leur profession est soumis à leur observation, ces médecins, disons-nous, n'ont jamais vu de mort apparente et sont d'opinion qu'un tel état n'existe pas. A moins qu'ils n'organisent avec un ensemble parfait la conspiration du silence autour de ce phénomène hypothétique, nous croyons que tous ceux qui n'ont pas de lumières spéciales sur ce sujet pourront partager leur avis.

Il n'est pas indifférent, du reste, que la mort apparente soit ou ne soit pas possible, car des conséquences pratiques découlent immédiatement de l'une ou l'autre hypothèse. Jusqu'à présent, sous l'influence de contes fantastiques d'origine obscure, sous la pression des phobiques de l'inhumation prématurée, l'autorité administrative se conduit comme s'il y avait danger réel d'erreur en matière de constatation de décès. Cela se passe du reste presque exclusivement en France et en Italie. Serait-ce parce que en tant que collectivistes les latins manquent d'esprit critique et sont plus prédisposés aux terreurs déraisonnables ? Les parties de la science médicale dont le cadavre est l'objet d'étude s'en ressentent immédiatement, car on impose aux anatomistes un délai de 24 heures avant l'ouverture de tout cadavre, en application du Code civil qui porte :

Art. 77. — Aucune *inhumation* ne sera faite sans une autorisation sur papier libre et sans frais de l'officier de l'état civil qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès et que 24 heures après le décès, hors les cas prévus par les règlements de police.

Le Code parle d'inhumation et non pas d'autres manœuvres sur le cadavre ; mais les administrations semblent s'être donné le mot pour gêner celles-ci, comme en témoigne la réglementation portée par l'ordonnance du préfet de police en date du 6 septembre 1839 :

A Paris et dans les autres communes du ressort de la préfecture de police, il est défendu de procéder au

moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou à la momification des cadavres, avant qu'il se soit écoulé un délai de 24 heures depuis la déclaration des décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable au commissaire de police à Paris et au maire dans les communes rurales.

On pourrait croire que cette ordonnance vise seulement à empêcher de pratiquer sur le cadavre toute opération qui masquerait une mort violente avant la constatation officielle du décès. Mais cette constatation n'a pas besoin d'attendre ving-quatre heures (1) réso-

(1) Le règlement des 24 heures est invraisemblablement basé sur l'idée préconçue qu'il peut ou pourra arriver, à un sujet privé de ses fonctions vitales pendant toute une partie de ce laps de temps, de les voir brusquement réapparaître et de revenir complètement à la vie. Or il est bien démontré qu'un tel évènement est impossible.

La suspension des fonctions circulatoires permet de très bonne heure l'antolyse des tissus. Pour ce qui est du système nerveux, après un quart d'heure d'arrêt seulement de la circulation, on trouve dans le territoire anémié des dégénérescenses appréciables par la méthode de *Marchi*. Une observation récente est venue confirmer de façon très saisissante ces faits expérimentaux.

Un sujet de 15 ans, opéré par *Depage* (*a*), eut au cours d'intervention une syncope chloroformique. La respiration artificielle étant restée infructueuse pendant un quart d'heure, *Depage* incise l'épigastre, introduit une main dans l'abdomen et, sous le diaphragme entreprend le massage du cœur pendant 45 minutes, sans succès franc. Enfin il combina le massage à l'injection intra-veineuse d'un demi-litre de sérum artificiel. Les battemcnts du cœur et les mouvements respiratoires reprennent, mais le

(*a*) *Depage* (de Bruxelles). A propos du massage du cœur dans le traitement de la syncope chloroformique (*Société belge de chirurgie*, 1910. t. X, p. 319)

lues et, d'autre part, la véritable raison est mise au jour par l'unique considérant de l'ordonnance :

« Considérant qu'il importe que les cadavres ne soient soumis, avant les délais fixés, à aucune opération capable de modifier leur état ou de *transformer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente* », ce qui montre bien que c'est la crainte de la mort apparente qui sert de base à toute cette réglementation.

Et pourtant « au point de vue légal, fait remarquer *Firket* », les prescriptions de l'article 77 du Code civil ne sont nullement applicables aux autopsies, et c'est par une interprétation étroite, absolument erronée, qu'on a vu dans ce texte de loi l'interdiction des ouvertures cadavériques moins de 24 heures après la mort. Pratiquées conformément aux règles de la science, l'autopsie hâtive n'expose nullement à cet immense danger qui résulterait de l'inhumation hâtive ; et si, ce qui *n'est jamais arrivé*, un médecin imprévoyant venait

malade reste en état de somnolence, incontinent d'urines pendant 8 jours et meurt.

Sand (*b*) qui examina histologiquement la totalité du système nerveux du sujet n'y trouva pas une seule cellule nerveuse intacte.

On voit par là que la mort apparente, si elle existe en dehors des circonstances que nous avons signalées, et dans ces circonstances mêmes, entraîne très rapidement des altérations viscérales telles qu'elles ne permettraient point le retour *spontané* à la vie, et surtout la survie.

(*b*) (*Sand* (de Bruxelles). L'arrêt temporaire de la circulation générale chez l'homme ; ses effets chimiques et histologiques. *Académie royale de médecine de Belgique*, 25 *mars* 1911)

à porter le scalpel sur un corps que la vie n'a pas encore quitté, il n'est pas de règlement d'hôpital qui puisse le couvrir devant la justice, et celle-ci instituerait ses poursuites, non pas du chef de contravention à l'article 77, mais du chef de blessures, ou s'il était possible de conduire l'autopsie d'un vivant jusqu'à la production de lésions mortelles, ce qui n'est pas possible à un médecin, du chef d'homicide par imprudence.

CONCLUSIONS

I

En dehors des grandes calamités publiques : épidémies de maladies pestilentielles, guerres, famines ; la mort apparente, c'est-à-dire la suspension prolongée des fonctions vitales, avec retour à la vie dans son intégrité, ne paraît pas avoir été observée dans des conditions écartant toute cause d'erreur. Elle semble encore moins avoir pu entraîner des conséquences graves, telles que l'autopsie d'un vivant ou l'inhumation prématurée.

II

Les signes de la mort sont en général d'une telle évidence qu'ils permettent même aux étrangers à la profession médicale d'en poser le diagnostic. L'examen sérieux du médecin met la réalité de la mort au dessous de tout soupçon, dans tous les cas.

III

Il est inutile de chercher des nouveaux signes de certitude de la mort (à condition que la vérification désignée soit toujours faite par des médecins). Il est inutilede créer des nouveaux moyens de contrôle compliqués à substituer à des constatations aussi simples, sous peine d'établir, pour éviter un danger hypothétique, une série de contrôles échelonnés, qui ne garantiront du reste rien de plus que l'état actuel.

IV

Il y a lieu de réagir fortement contre la légende de la mort apparente et de l'inhumation prématurée pour modifier l'état d'esprit public qui règne actuellement sur ce sujet. Il y a lieu aussi de modifier dans un sens plus libéral la réglementation surannée qui en découle (ordonnances de préfectures ; réglements hospitaliers, etc.).

Vu : par le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : par le Président,
CHAUFFAUD

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L LIARD.

Paris. — Imp. JOUVE et C^ie^, 15, rue Racine (VI^e^).